

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 39

ÉTUDE STATISTIQUE

DE

LA TUBERCULOSE

à l'Asile public d'Aliénés de Cadillac-sur-Garonne

(Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose
et de l'aliénation mentale).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1907

PAR

René-Fernand DECORSE

INTERNE A L'ASILE DE CADILLAC

Né à Saint-Maurice (Seine), le 20 avril 1878.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉGIS,	prof ^e adjoint	} <i>Président.</i>	
		LANDE,	professeur...		
		RONDOT,	agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		ABADIE,	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ

17, RUE FOQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 39

ÉTUDE STATISTIQUE
DE
LA TUBERCULOSE

à l'Asile public d'Aliénés de Cadillac-sur-Garonne

(Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose
et de l'aliénation mentale).

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1907

PAR

René-Fernand DECORSE

INTERNE A L'ASILE DE CADILLAC

Né à Saint-Maurice (Seine), le 20 avril 1878.

Examinateurs de la Thèse

{	MM. RÉGIS,	prof ^r adjoint	Président.
	LANDE,	professeur...	{ Juges.
	RONDOT,	agrégé.....	
	ABADIE,	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Y. CADORET, IMPRIMEUR DE L'UNIVERSITÉ
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1907



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } MASSE..... }		Professeurs honoraires.	
MM.		MM.	
Clinique interne	{ PICOT. PITRES.	Physique biologique et élec- tricité médicale	BERGONIE.
Clinique externe.....	{ DEMONS. LANELONGUE.	Chimie.....	BLAREZ.
Pathologie et thérapéu- tique générales.....	VERGELY.	Histoire naturelle	GUILLAUD.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Médecine opératoire...	VILLAR.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Clinique d'accouchem ^{ts} .	LEFOUR.	Médecine expérimentale ...	FERRÉ.
Anatomie pathologique.	COÛNE.	Clinique ophtalmologique..	BADAL.
Anatomie.....	GENTES (chargé)	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Clinique gynécologique...	BOURSIER.
Physiologie.....	JOLYET.	Clinique médicale des mala- dies des enfants	MOUSSOUS.
Hygiène.....	LAYET.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Médecine légale.....	L. LANDE.	Physique pharmaceutique..	SIGALAS.
		Pathologie exotique.....	LE DANTEC.

PROFESSEURS-ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	RÉGIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.		MM. VERGER.		M. CRUCHET.
CABANNES.		ABADIE.		

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe..	{ MM. BÉGOUIN. VENOT. GUYOT.	Accouchements....	{ MM. ANDÉRODIAS. PERY.
----------------------	------------------------------------	-------------------	----------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	{ MM. GENTES. CAVALIÉ.	Histoire naturelle.....	{ MM. BEILLE. MANDOUL.
Physiologie.....	GAUTRELET.		

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie	M. BENECH.	Pharmacie.....	{ MM. BARTHE. LABAT.
--------------	------------	----------------	-------------------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père,

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DECORSE

Chirurgien de l'Asile d'aliénés de Charenton.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A la mémoire de mon Frère,

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DECORSE

Médecin-Major des Troupes coloniales.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CELLES

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MES CHEFS — A MES PROFESSEURS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR E. RÉGIS

*Professeur adjoint à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chargé du cours de clinique des maladies mentales,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

C'est un douloureux devoir à remplir pour moi que de dédier mon dernier acte d'étudiant et mon premier de docteur à mon frère, le D^r Jules Decorse, médecin des troupes coloniales, à qui revient le faible mérite d'avoir fait de moi ce que je suis. Avec l'aide affectueuse de M. le D^r Celles, mon second père, il m'évita bien des abîmes en guidant mes pas à travers la vie d'étudiant, et me releva de mes défaillances avec tant de bonté que je lui voue ici une reconnaissance impérissable.

J'adresse à M. le professeur Marie, médecin en chef de l'asile de Villejuif, mes remerciements pour l'aide qu'il me donna et les précieux renseignements qu'il me fournit.

Je n'oublierai pas mes premiers chefs de la Faculté de Paris et leur exprime, ainsi qu'à MM. Monod (de Bordeaux), Pitres, notre vénéré doyen, dont j'eus l'honneur d'être l'élève, mes remerciements très respectueux pour l'enseignement précieux que je reçus dans leurs services. Une large part de mon tribut de reconnaissance revient à M. le D^r Nicoulau, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Cadillac, qui m'initia dans la pratique des maladies mentales et sous la direction extrêmement bienveillante de qui s'achevèrent mes études. Je ne saurais oublier que M. Léo Meillet fut un directeur toujours prêt à rendre service; mon dévouement et ma gratitude lui sont tout acquis. Les bonnes amitiés contractées à la salle de garde de l'asile de Cadillac furent la consolation de cet exil. MM. les D^{rs} Hillairet, Massonet, Noirtin me furent de vrais amis.

A M. le professeur Régis, je ne saurais trop exprimer ma gratitude de l'intérêt qu'il prit à l'œuvre par lui inspirée, pour laquelle il dépensa sans compter sa science et son temps. Je lui adresse mes remerciements émus pour l'amitié dont il m'entoura et l'honneur qu'il voulut bien me faire d'accepter la présidence de cette thèse.

ÉTUDE STATISTIQUE

DE

LA TUBERCULOSE

A L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE CADILLAC-SUR-GARONNE

(Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de l'aliénation mentale)

INTRODUCTION

« Les aliénés ont, si l'on peut dire, plus de droit que tous les autres hospitalisés, à être traités selon les méthodes modernes. Si la société a le droit de priver de sa liberté un de ses membres, elle n'a certes pas celui de l'exposer à une contagion de conséquence aussi grave que la contagion tuberculeuse » : phrase de Briand, cri de l'humanité émue de l'hécatombe d'aliénés succombant à la maladie de misère.

Nous avons eu l'honneur de vivre trois années parmi les malheureux internés à l'asile de Cadillac classé, par les statis-

tiques officielles, parmi les asiles français payant le plus large tribut au fléau, et croyons nous être trouvé bien placé pour tenter de fixer dans quelle proportion doit être incriminée la contagion à l'asile dans la mortalité tuberculeuse et de déterminer selon la proposition du D^r Marie (*Revue philanthropique* de 1906) :

- 1° Si les aliénés entrent déjà atteints de la tuberculose ;
- 2° Si celle-ci éclate pendant les premiers mois de leur séjour ;
- 3° Si les anciens pensionnaires sont atteints de préférence ;
- 4° Si certaines formes d'aliénation prédisposent à cette maladie.

Nous serions heureux que notre étude apportât un peu plus de lumière dans l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse dans les asiles d'aliénés et croyons, du moins, faire œuvre utile en apportant ici ces quelques documents statistiques déduits de recherches consciencieuses.

Voici la division de notre travail :

Historique.

- 1° Fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés.
 - 2° Tuberculose facteur d'aliénation.
 - α. Psychoses tuberculeuses.
 - β. Psychoses hérédo-tuberculeuses et paratuberculeuses.
 - γ. Psychoses pré-tuberculeuses.
 - 3° Aliénation facteur de tuberculose.
 - α. Rôle de la psychose.
 - β. Rôle de l'alcoolisme.
 - γ. Influence de la masturbation.
 - δ. Influence du milieu contaminé. Contagion.
- A. Critiques des statistiques officielles.
 - B. Procédés employés ici pour décélérer la tuberculose. Recherches sur l'acidité des urines des tuberculeux.
 - C. Résultats de l'examen des malades.
 - I. Examen à l'entrée.
 - 1° Les aliénés entrent-ils tuberculeux ? Fréquence de la coexistence de la tuberculose et de l'aliénation mentale à l'entrée.

- 2° Influence comparative de l'hérédité tuberculeuse et des antécédents alcooliques héréditaires ou personnels sur la tuberculose.
- 3° Influence comparative de l'hérédité tuberculeuse, de la tuberculose, de l'alcoolisme sur l'aliénation mentale en général.
- 4° Tuberculose latente, prétuberculose, tuberculose classique en tant que facteurs possibles des diverses psychopathies.

II. Examen au cours du séjour.

- 1° Si la tuberculose éclate dans les premiers mois du séjour.
- 2° Si les anciens pensionnaires sont atteints de préférence. Contagion à l'asile.
- 3° Quelles catégories de malades sont atteints de préférence. Si certaines formes d'aliénation mentale prédisposent à la tuberculose.
- 4° Influence des antécédents alcooliques héréditaires ou personnels et de l'hérédité tuberculeuse sur la tuberculose. Comparaison des résultats obtenus chez les entrants et les existants.
- 5° Tuberculeux délinquants et délinquants tuberculeux

D. Conclusions.

HISTORIQUE

1° Fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés.

Nous ne saurions passer sous silence les noms des auteurs qui ont traité de la question; elle est loin d'être neuve, puisque Esquirol déjà et tous ceux qui, après lui, étudièrent l'état mental des tuberculeux et les folies tuberculeuses, Georget, Burrows et Ellis, Friedreich, Schröder van der Kolk, Skae, Clouston, Biaute, Ball, Peter, L. Leudet, mirent en lumière la fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. Dufour, en 1870, dénonçait l'encombrement des asiles d'aliénés; Cullerre étudiait les rapports fréquents de la tuberculose avec l'aliénation.

En 1880, Raynaud, recherchant la pathogénie de la gangrène pulmonaire chez les aliénés, lui donne la tuberculose comme origine. Maussire, en 1902, consacre sa thèse à la nécessité d'isoler les aliénés tuberculeux, pendant que La Bonnardière, en 1898, Chartier, en 1899, Bernheim, en 1900, Draper, en 1902, Bienvenu, en 1903, Anglade et Chocreaux, Bour, Morselli, publient travaux sur travaux, s'efforçant de préciser l'influence étiologique et pathogénique de la tuberculose sur les psychoses et sur la paralysie générale, en même temps qu'ils constatent la fréquence avec laquelle les aliénés sont frappés de tuberculose.

A vrai dire, la question prit corps en Allemagne au Congrès des aliénistes allemands de Weimar (1891), et au Congrès de Hanovre (1892), pour devenir internationale aux Congrès de Naples (1900), d'Anvers (1902), de Bruxelles et Cassel (1903). En Angleterre, l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande se charge d'étudier la fréquence, les cau-

ses et la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles, en même temps que la question est discutée au Congrès de Berlin.

En France, le mouvement s'accroît au Congrès de médecine de Paris (1900). Briand et Marie insistent, à celui de 1905, sur la nécessité et l'urgence des mesures à prendre, car les travaux de tous les aliénistes s'accordent à constater la plus grande fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés que parmi la population extérieure. Les statistiques nombreuses, tant nationales qu'étrangères, mettent les points sur les *i*. Pour la tuberculose, il n'y a pas de frontières : en effet, les médecins allemands, Hagen, Nœtel, Oswald, Bœtel, Wielff, Snell, Geist, constatent que la tuberculose tue bien davantage dans l'asile que dans le reste du pays et réclament d'énergiques mesures prophylactiques.

En Angleterre, Clouston, Crookshank, Draper, France, Blair, Wlasherly, Menzies accusent une proportion quatre fois plus élevée à l'asile que dans la population générale et donnent même une moyenne de décès supérieure à celle de nos asiles : 10,4 à 23,9 p. 1000, alors qu'elle ne dépasse pas 11,7 p. 1000 chez nous.

Ce sont : en Italie, Luigi-Scabia, en Autriche-Hongrie, Leidesdorf, Engel, Pandy-Cadman, Morselli qui s'associent au chœur universel.

En Russie, Toporkoff réclame l'isolement des aliénés tuberculeux en donnant des moyennes de décès par tuberculose variant de 4,4 à 35 p. 1000.

Aux Etats-Unis, voici Workmann dès le siècle dernier, puis, de nos jours, Harrington qui trouve 60 p. 100 d'aliénés tuberculeux ; l'Etat de New-York semble cependant faire exception, puisque le Dr Allen ne donne qu'une proportion inférieure à 12 p. 100.

En Hollande, Bavinck indique une mortalité par tuberculose de 2,02 p. 1000 habitants alors que Schröder prouve que cette proportion est de beaucoup dépassée dans les seuls asiles d'aliénés.

En Belgique, les D^{rs} Tervaeke et Peeters s'accordent avec la

Société anversoise pour déclarer que la tuberculose exerce de grands ravages dans les asiles et ajoutent (ce qui pourrait être dit de beaucoup d'asiles où les autopsies ne sont pas faites systématiquement), que les chiffres officiels de décès par tuberculose sont loin de concorder avec la fréquence réelle de l'affection ; en effet, comme le disent Peeters, Marie, bien des décès par marasmes, par bronchites chroniques sont imputables à la tuberculose et Brouardel nous en a donné acte dans ses statistiques de la tuberculose en France, en inscrivant des milliers de bronchites parmi les maladies tuberculeuses. On peut en dire autant des méningites, péritonites et surtout des entérites, comme l'ont mis rigoureusement en lumière les travaux d'Anglade en ce qui concerne ces dernières.

Quoi qu'il en soit, des diverses statistiques données par les auteurs il résulte qu'on ne fait pas exception en France ; les aliénés payent un tribut trois fois plus considérable que le reste de la population. On relève, en effet, 43,8 décès par tuberculose pour 1.000 habitants, 117,1 pour 1.000 aliénés.

Où faut-il rechercher les raisons de cette disproportion énorme ? L'asile est-il un refuge de tuberculeux ? L'aliéné se tuberculise-t-il à l'asile ? La question a été envisagée sous ces deux formes par les auteurs. Il n'est pas niable, pour ne parler que du premier point, que la tuberculose est un facteur d'aliénation mentale.

2° La tuberculose facteur d'aliénation.

α *Psychoses tuberculeuses*. — « Toute infection ou intoxication se traduit par de la confusion mentale ; la tuberculose ne fait pas exception à la règle » (Régis).

En effet, les injections de tuberculine chez les animaux ont donné lieu à une torpeur analogue à celle qui domine les psychoses tuberculeuses et à celle qu'on a constatée en thérapeutique avec le traitement par la tuberculine. Le docteur Béraud étudiant les tuberculeux, dans le monde, aux sanatoria et à l'hôpital, va même jusqu'à faire de l'état mental des tubercu-

leux un symptôme qu'il résume dans deux phénomènes extrêmes, parallèles aux symptômes organiques, et se succédant souvent, chez le même individu : asthénie et hyperexcitabilité. Certains états psychiques, sans être, dans tous les cas, pathognomoniques, semblent plus particuliers à la tuberculose. L'optimisme est le symptôme le plus frappant, variant avec l'évolution de la maladie : au début, optimisme du diagnostic, le sujet ne croit pas être tuberculeux ; à la fin, optimisme du pronostic, le malade ne croit pas être gravement malade. Combien de tuberculeux qui nous entourent frisent ou friseront l'aliénation ! Bien peu échapperont à quelques-uns de ces troubles psychiques signalés par Esquirol, Georget, Burrows et Ellis, Friedreich, Schröder Van der Kolk, Skae, Clouston, Biaute, Ball, Peter, Leudet et tant d'autres après eux : La Bonnardière, en (1898), Chartier (1899), Bernheim, en 1900, Draper (1901), Béraud (1902), Bienvenu, Saxe, Anglade et Chocreaux, Bour, Morselli, en 1903, Anglade (1904) et que Régis décrit ainsi : « On voit survenir, chez beaucoup de tuberculeux, une tendance à l'hypochondrie, à la tristesse, ou au contraire à l'optimisme, à l'euphorie. Les malades deviennent mobiles à l'excès et font preuve d'une excitation génésique remarquable. Enfin ils peuvent se laisser aller à des actes morbides, à de véritables tendances impulsives, par exemple à la dyspsomanie » et, ajoute Morselli, au morphinisme, au suicide, au délit, au crime, à la prostitution.

« Le tuberculeux est un être moral endolori, devant lequel tout s'efface, hormis le besoin de vivre », état d'esprit qui le conduit à un égoïsme féroce, ou bien à un délire de persécution ébauché, ou bien à un état de dépression mélancolique plus ou moins profonde (Clouston, Ball).

« Des actions criminelles ont été assez souvent commises par les tuberculeux pour qu'il y ait lieu, au point de vue médico-légal, dit Saxe, en 1904, de restreindre la responsabilité d'un criminel atteint de tuberculose ».

Morselli nous montre le tuberculeux affectif, émotif, bizarre, égoïste ou altruiste excessif, de volonté diminuée avec des déci-

sions à l'improviste, d'intelligence hypérexcitée (Lombroso l'indique comme pouvant atteindre au génie à la période de début). Le sens des besoins organiques est troublé : voracité ou dégoût pour les aliments. Letulle met en lumière l'illusionisme délirant. Pitres et Régis, l'obsession et la phobie (érentophobie); Dupré compare l'euphorie délirante des phthisiques à celle des cancéreux morphinisés et s'efforce de démontrer qu'elle est le résultat d'une intoxication qui a ses facteurs dans les poisons bacillaires, l'insuffisance hépato-rénale et l'anoxhémie aiguë et son substratum anatomique dans les lésions destructives des cellules du lobe frontal.

L'excitation génitale du tuberculeux est bien réelle, surtout au début, comme l'indique Saxe; et Régis en fait un symptôme d'irritation cérébrale qui, dit-il, lorsqu'il s'associe à l'excitation intellectuelle et physique, à l'euphorie, à la toxicomanie alcoolique ou morphinique, peut contribuer à constituer un état de dynamie fonctionnelle comparable à celui qu'on observe au début de la paralysie générale. Et il ajoute : « Cette excitation génitale s'observe, du reste, dans tous les processus toxiques et infectieux de l'organisme chroniques ou aigus (délire érotique des infections aiguës; érections perpétuelles et tendances irrésistibles à la masturbation des hyperthermies typhiques, grippales ou exanthématiques) », c'est pour lui un phénomène commun, à divers degrés, à toutes les infections et intoxications et c'est dans cet ordre d'idées plus larges qu'il conviendrait, dit-il, par suite, de l'étudier.

En 1898, La Bonnardière, résumant les travaux de Pierret, Taty, Toy, Serigny et Jacquin, publiait six observations typiques concluant que la tuberculose peut créer l'aliénation mentale, en émettant cette idée que la localisation cérébrale s'explique, comme pour les folies toxiques, par l'action successive et progressive de l'agent infectieux sur le système nerveux. Sans prétendre tracer des limites infranchissables, il reconnaît que la tuberculose cérébrale peut se manifester par du délire des persécutions systématisé à marche spéciale décrite par Taty et Toy, par une folie à type hystérique avec tendances à la stupeur, et,

enfin, par de la manie à accès décrite par Ball. Clouston a dépeint, chez les tuberculeux, des formes d'aliénation qu'il appelle manie-phthisique et manie du soupçon, formes exceptionnelles et à marche très rapide. Morselli classe récemment ainsi les folies d'origine tuberculeuse :

délire terminal,
psychose maniaco-dépressive,
démence primitive,
confusion mentale aiguë,
pseudo-paralysie générale,
hystérie.

Raymond, à la Salpêtrière, et le Dr Laignel-Lavastine ont signalé chez divers tuberculeux aliénés des lésions méningées névrogliques, lésions dégénératives chroniques de sénilité précoce des éléments, des processus toxiques avec dégénérescences concomitantes des cellules hépatiques vérifiées par les recherches de MM. Vigouroux et Delmas.

Les recherches histologiques d'Anglade ont mis en valeur les rapports de la tuberculose et des scléroses cérébrales.

β. *Psychoses hérédo-tuberculeuses et paratuberculeuses.* — La phthisie peut encore créer l'aliénation mentale par son hérédité. « Il est certain, comme le dit M. le professeur Régis, que ces psychoses par hérédité tuberculeuse existent, comme celles de l'hérédo-syphilis, mais elles sont mal connues ». Sans compter les hérédo-dystrophies paratuberculeuses, que Morselli classe ainsi :

surdi-mutité,
hydrocéphalie et tumeur cérébrale (Minot),
maladie de Little (Déjerine et Thomas, Muratow),
chorée de Sydenham,
maladie de Duchêne,
méningite tuberculeuse,

il relève, parmi les psychoses pures, qui paraissent le plus soumises à cette hérédité infectieuse : l'obsession, en particulier l'éreutophobie (Pitres et Régis), la psychose polynévritique (Pitres et Vaillard), le délire systématisé, la paralysie générale progressive, et, bien entendu, la dégénérescence.

Ball va jusqu'à émettre des lois d'alternance pour expliquer la fréquence de la phtisie chez les parents ou les descendants des aliénés; mais ces lois sont mises en doute par Chartier, Grenier, Clouston, pour qui l'alternance est plus apparente que réelle. Quoi qu'il en soit, l'importance de l'hérédité tuberculeuse sur l'aliénation ressort des travaux récents :

Anglade constate la grande fréquence de la tuberculose dans les antécédents des paralytiques généraux, chez qui, dit-il, la tuberculose remplace ou accompagne la syphilis; il donne, pour les épileptiques, une hérédité de 55 p. 100, et relève les mêmes proportions pour les idiots.

Quant aux autres statistiques, elles accusent :

celle de Bourneville.	50 p. 100.
» de Lhote.	55 p. 100.
» de Kerlin	56 p. 100.

S'appuyant sur les divers travaux d'Ireland, Kerlin, Piper, Kœning, Anglade, Axenfeld, Herpin, Lhote, Tanzi, Moreau (de Tours), Pitres, Régis, Grasset, Charcot, Fournier, Chocreaux, Raymond, Déjerine, Gilles de la Tourette, Branchini, Morselli accuse encore l'hérédité dans la production de l'idiotie, l'épilepsie, la démence précoce, l'hystérie, l'éreutophobie, la neurasthénie.

γ. *Psychoses pré-tuberculeuses*. — Mais il faut, vraisemblablement aussi, compter avec la phtisie latente, n'évoluant pas pour un tiers des cas, restant cachée pendant un temps considérable pour les deux autres tiers, d'après les statistiques de Clouston. Le Dr Workmann la trouva si fréquente chez les aliénés qu'il alla jusqu'à attribuer à des lésions ignorées des poumons ou d'autres organes, l'incurabilité de la plupart des formes d'aliénation.

Quoi qu'il en soit, Chartier (thèse) cite des faits où la tuberculose paraît avoir joué un rôle déterminant dans l'éclosion de la psychose chez des dégénérés, et Rolet les signalant, en attribue la genèse à l'action des toxines tuberculeuses.

Vigouroux, Vallon, Marie, Roy font rentrer les hypochondriaques et certains persécutés parmi les malades dont le délire

peut n'être qu'une manifestation des désordres cénesthésiques provoqués par une bacillose latente. Heard, Wolenberg attribuent l'origine de ces troubles à des désordres de la sensibilité générale ou viscérale et les dépressions, les exaltations, les hallucinations observées en seraient le retentissement. Reprises par Roy, discutées par Régis et combattues par Deny, ces doctrines sur l'origine de l'hypochondrie contribueraient à expliquer le mécanisme du retentissement sur l'état mental des désordres organiques dus à l'infection tuberculeuse. Pour Morel, « la mélancolie est la compagne de la tuberculose commençante tandis que l'exacerbation maniaque caractérise, ordinairement, les dernières phases de l'existence de l'aliéné phtisique ».

« Que de fois, dit Marie, une dépression dite neurasthénique ou mélancolique, un état de fausse hypochondrie ne sont que trop réellement fondés sur le sentiment vague et mal défini d'une déchéance physique et d'un effondrement imminent, c'est que l'organisme est ruiné par une affection tuberculeuse que rien ne décèle encore ».

La tuberculose peut donc engendrer les psychopathies. D'après les travaux récents et particulièrement ceux de Morrelli, ce sont des psychoses toxiques.

Pour en résumer les formes, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter la classification de notre maître Régis :

1° Forme torpide avec état mélancolique, anxieux ou stupide, avec hallucinations multiples, faux délire systématisé des persécutions ;

2° Confusion mentale avec délire hallucinatoire soit terrifiant, soit coordonné, comme une sorte de délire systématisé ou de paranoïa aiguë avec prédominance d'idées de persécution ;

3° Confusion mentale suraiguë ou méningisme tuberculeux qui se confond avec le délire aigu infectieux et la confusion mentale de la polynévrite tuberculeuse, s'accompagnant d'amnésie, excitation, irritabilité, délire et hallucinations nocturnes ;

4° Chez les tuberculeux, la confusion mentale, quelle qu'en soit la forme, a de grandes tendances à prendre les allures de la démence précoce catatonique ; et Roubinovitch avec Régis

insistent sur la nécessité d'examiner avec soin l'état des organes respiratoires des confusionnés. Kiernan indiquait-déjà, en 1877, que la tuberculose devait être incriminée comme cause de la démence précoce, et la méningite tuberculeuse comme facteur étiologique fréquent de la catatonie. Dunton publiait dans la suite un cas avec autopsie de démence précoce catatonique terminé par la tuberculose. Claus, Roubinovitch et Phulpin, Dide, Régis se rangent au même avis ;

5° Certaines psychoses tuberculeuses s'accompagnent d'accidents hystériformes, revêtent même le type de psychose hystérique (La Bonnardière, Morselli), caractère, dit Régis, qui les rapproche encore de la démence précoce ;

6° Le délire de la période ultime de la tuberculose, analogue au délire des périodes asphyxiques et agoniques de toutes les maladies similaires ;

7° Quant à la paralysie générale, la tuberculose semble avoir une action réelle sur sa production, soit isolément, soit concurremment avec la syphilis. Toutes les infections chroniques sont sans doute susceptibles de produire la méningo-encéphalite diffuse. La chose paraît possible pour le cancer, bien qu'aucun cas n'ait encore été signalé ; cela paraît plus évident pour la tuberculose, après les travaux de Klippel, d'Anglade, de Morselli, de Bour, soit que la tuberculose s'associe à la syphilis, par exemple dans la paralysie générale juvénile (Régis), soit qu'elle agisse isolément par son action propre ;

8° D'autre part, Anglade, en 1903, constatait que l'épilepsie et les arrêts de développement coïncident avec un excès de névrogie ; que cette réaction névrogique (qu'il admet d'origine tuberculeuse) constitue l'encéphalite vraie des paralytiques généraux progressifs, la pseudo-encéphalite des maniaques et des mélancoliques, enfin que la tuberculose a des poisons capables de provoquer cette réaction névrogique diffuse ou épendymaire.

Toutefois, si l'existence des poisons sclérosants de la tuberculose est admise (Claude, Roncali), constituant même une réaction de défense de l'organisme, le problème n'en reste pas moins complexe et Raymond se charge de modérer notre ardeur ;

« Il convient, dit-il, assurément, de songer à la tuberculose dans la pathogénie des affections mentales et nerveuses en général, mais nous ne pouvons dire d'ores et déjà si cette toxi-infection prendra jamais l'importance considérable reconnue par tous les auteurs à la syphilis et à l'alcoolisme dans le développement des maladies nerveuses et mentales ».

3° Aliénation facteur de tuberculose.

α. *Rôle de la psychose.* — Mais la tuberculose, si elle peut engendrer l'aliénation, doit être aussi considérée comme un aboutissant occasionnel de l'aliénation. Esquirol notait sans affirmer une relation de cause à effet, que la phthisie précède souvent l'aliénation ou alterne avec elle chez les lypémaniques. Cullerre, en 1876, signalait la fréquence de la phthisie dans les formes dépressives. On peut dire, en effet, de façon générale; que les formes d'aliénation mentale qui s'accompagnent le plus fréquemment de phthisie sont les mélancolies, les démences ou encore les folies où s'observent des dépressions profondes.

L'influence funeste de certaines psychopathies sur l'organisme ne peut guère être niée : Toulouse et Roubinovich constataient, en 1897, chez les mélancoliques, la défectuosité de la respiration. Chez ces malades, comme chez les déments précoces catatoniques, il y a rupture des rapports normaux entre le pouls et la respiration, conditions très défavorables à l'oxygénation du sang, expliquant les cyanoses et l'hypothermie préparant le terrain à la germination de la tuberculose par ralentissement des fonctions.

Morselli, en 1903, nous donne la phthisie comme atteignant surtout les mélancoliques. Les anciens mélancoliques déments sont fréquemment tuberculeux, disent O'Swell et Morel, pour qui « la mélancolie est la compagne de la tuberculisation commençante, tandis que l'exacerbation maniaque caractérise ordinairement les dernières phases de l'existence de l'aliéné phthisique ».

« Chez les excités maniaques et aussi chez les déments précoces

ces, dit Rolet dans sa thèse, on voit l'agitation avec délire confus et états maniaques précéder la phase de cachexie tuberculeuse, les auteurs dit-il, insistent toutefois sur ce fait, qu'il ne faut rattacher à l'affection tuberculeuse que ces délires et ces formes cliniques de démence qui surviennent à la période avancée ou cachectique, en tenant compte de l'appoint possible d'autres facteurs étiologiques, par exemple l'alcoolisme ».

D'autre part, l'excitation, outre qu'elle pousse les déments à déglutir leurs crachats, les maniaques à absorber toute sorte de débris souillés, si bien, qu'ils mangent de la tuberculose, pourrait-on dire, entraîne une déperdition de forces, une fonte des tissus qui fait de ces malades des « disséqués vivants » proie facile pour la tuberculose.

Quant aux paralytiques généraux, leur type respiratoire est faible, souvent arythmique, ainsi que l'a mis en lumière la Société biologique en février 1892; ils présentent, de plus, des alternatives de dépression et d'excitation maniaque qui les préparent bien à l'infection tuberculeuse.

β. *Rôle de l'alcool.* — Que dire des affections mentales d'origine alcoolique? Ces intoxications créent, d'une part, des types psychopathiques comparables à ceux qui viennent d'être énumérés, mettant les malades en butte aux mêmes dangers de contagion; d'autre part, l'alcool, en ralentissant à la longue les diverses fonctions de l'économie, fait du malade un organisme fragile où la tuberculose fait rage, trouvant les portes grandes ouvertes de cet édifice sans défense.

L'influence de l'alcoolisme, si fréquent dans les antécédents des aliénés, se fait nettement sentir dans la prédisposition à la tuberculose. Dans la population générale, Jacquet (Rapport à la Société médicale des hôpitaux) avait trouvé à Paris 71,4 p. 100 d'alcooliques parmi les tuberculeux.

Vergely, à Bordeaux, en a trouvé 71,8 p. 100; Constan, à Montpellier, va jusqu'à 88 p. 100, tous chiffres qui vérifient, une fois de plus, les axiomes de Landouzy et de Hayem :

« L'alcool fait le lit de la tuberculose ».

« La phtisie se prend sur le zinc ».

Les aliénés donc ont une double raison pour devenir tuberculeux quand ils sont en même temps alcooliques, et par leur état intellectuel et par leur imprégnation toxique. Marie a vérifié la carte des zones de tuberculisation manicomiale maximum, la comparant à celle de l'imprégnation alcoolique de ces mêmes régions, en se basant sur les rapports de Claude (des Vosges) complétés par des statistiques récentes sur l'alcoolisme. Sur 57 asiles où la mortalité tuberculeuse l'emporte de beaucoup par sa fréquence, il en a trouvé 24 qui correspondent aux régions où l'imprégnation alcoolique dépasse la moyenne.

γ. *Influence de la masturbation.* — Un autre facteur de déchéance physique est sans conteste la masturbation effrénée à laquelle se livrent nombre d'aliénés. Sans aller demander qu'on fasse des asiles des maisons de tolérance, on ne peut s'empêcher de constater que les aliénés sont, à l'asile, dans une vie génitale tout à fait anormale et pour ainsi dire condamnés à des manœuvres contre nature.

Sans insister sur cette question qui paraît sans issue, il faut, encore et surtout, considérer que beaucoup d'aliénés sont des pervers génitaux ; parmi eux sont les idiots, les imbéciles, les dégénérés qui pratiquent en grand la masturbation et la sodomie. Il faut ajouter encore les hallucinés du sens génital, persécutés en général qui sont amenés à l'onanisme par leurs sensations anormales. Enfin l'influence des pervers se fait souvent sentir parmi les malades qui n'avaient pas encore manifesté de tendances vicieuses, les déments et tous les faibles en sont souvent la proie. Les tuberculeux eux-mêmes sont souvent de grands masturbateurs, fait mis depuis longtemps en lumière et qui ne peut qu'accentuer leur déchéance. Mais il est certain que si la masturbation n'a chez eux que ce résultat, elle affaiblit rapidement beaucoup d'autres aliénés, et prépare le terrain à l'invasion bacillaire en diminuant les ressources de défenses de l'organisme contre l'assaut possible du microbe.

δ. *Influence du milieu contaminé.* — La tuberculose est très souvent la conséquence de la déchéance physique inhérente à nombre de maladies mentales ; mais il n'est pas douteux non

plus que la fréquence de la tuberculose soit aussi la conséquence de la contagion propre à l'asile (contagion par voie digestive ou respiratoire), plus grande dans les asiles que partout ailleurs, selon les auteurs. Ce n'est plus alors seulement à la psychose, à l'alcoolisme, à la masturbation, c'est au milieu, à l'asile même qu'il faudra s'attaquer, car les déments (précoces, paralytiques, séniles, épileptiques, organiques ou vésaniques), aussi bien que les idiots facilement tuberculisables, répandent inévitablement autour d'eux les germes morbides. « Comme facteur étiologique, dit Marie, on doit, malheureusement trop souvent, incriminer encore la mauvaise installation des locaux qui rend impraticables les précautions hygiéniques même élémentaires, sans parler de l'encombrement, cette plaie de beaucoup d'asiles français ».

L'Association médico-psychologique de Grande Bretagne et d'Irlande, elle aussi, nous dit qu'un très grand nombre de phtisiques ont acquis leur maladie postérieurement à leur entrée à l'asile.

Causes. — 1° L'encombrement qui a pour conséquence l'insuffisance du cube d'air attribué à chaque malade pendant le jour et surtout la nuit;

2° L'insuffisance des heures passées en plein air;

3° La défectuosité du chauffage et de la ventilation;

4° Les habitudes de malpropreté;

5° Les vices du régime alimentaire.

Toujours est-il que la contagion est énorme et les chiffres sont là pour le prouver éloquemment.

D'une part, il existe une disproportion énorme entre les différents asiles. On trouve, par exemple, d'après les statistiques de Marie et Rolet de 1900, que, sur 10.000 aliénés, Cadillac en perd annuellement 536, Morlaix 540, Saint-Brieuc 396, Nantes 320, alors que Charenton et la Salpêtrière n'atteignent pas 50, que Caen n'en perd que 44, Orléans 31 et Pontorson 28.

D'autre part, si l'on admet, avec Niemeyer, que l'évolution moyenne de la maladie s'effectue en moins de trois ans, on conclut que c'est à l'asile que la plupart des aliénés contractent la

tuberculose. Les diverses statistiques d'Hagen et Oswald, Warrnack, Chapman, Snell s'accordent à donner la plupart des décès par tuberculose, dans les asiles, comme consécutifs à un séjour prolongé. Voici celle de Snell :

Pour un séjour de	Décès par 100
3 à 6 mois	2,4 p. 100
6 à 12 mois	3,4 »
1 à 2 ans	4,9 »
2 à 3 ans	7,7 »
3 à 4 ans	6,4 »
4 à 5 ans	6,4 »
5 à 6 ans	4 »
6 à 7 ans	5,8 »
7 à 8 ans	5,2 »
8 à 9 ans	3,7 »
9 à 10 ans	2 »
10 et au delà	28,1 »

D'après cette statistique, on voit deux maxima de décès, et, en admettant toujours, pour la maladie, une durée moyenne de trois années, on doit attribuer l'un aux aliénés entrés tuberculeux à l'asile et morts en trois ans, l'autre, bien supérieur, aux aliénés tuberculisés à l'asile et dont la mort survient beaucoup plus tard. Or le dernier chiffre l'emporte de beaucoup sur le premier, l'œuvre de la contagion serait donc, de ce fait, relativement énorme. Pour mettre à jour l'historique de la question, il me reste à m'excuser d'avoir pillé les divers auteurs : cela m'a semblé d'autant plus naturel, que je ne pouvais pas, mieux qu'eux-mêmes, expliquer leurs travaux.

En résumé, les formes d'aliénation mentale qui s'accompagnent le plus souvent de phtisie seraient d'après les statistiques de Snell :

Démence consécutive à la mélancolie	41,3 p. 100
Mélancolie	39,7 »
Démences consécutives autres	39,7 »
Délire	35,6 »
Démence primitive. Idiotie	30,1 »
Folie épileptique	27,4 »
Manie	27,1 »
Folie périodique	18,4 »
Paralysie	0,3 »
Délire aigu	0,0 »

Critique des statistiques officielles.

La plupart des auteurs citent, à l'appui de leurs travaux, les statistiques établies sur la foi des constats de décès ; nous devons avouer que cette méthode ne nous a pas plu ; si certaines parties de ces statistiques paraissent éloignées de toute possibilité de critique et doivent être acceptées sans réserve, à savoir celles qui ont trait à la mortalité en général dans les asiles variant énormément, comme elles le disent, ou à l'augmentation extraordinaire de cette mortalité générale devenant effrayante dans ces établissements comme le prouvent surabondamment, en effet, les statistiques de mortalité dans les asiles de 1900 [Marie et Rolet] et de 1903 [Bourneville et Rolet] qui nous apprennent que :

En 1900 Cadillac	perdait 5,56 malades p. 100 et en 1903 16,02			
» Morlaix	» 5,40	»	»	13,1
» Saint-Brieuc	» 3,96	»	»	16,3
» Seine-Inférieure	» 3,20	»	»	32,2
» Charenton	» 0,50	»	»	12,2
» Salpêtrière	» 0,50	»	»	8,4
» Caen	» 0,44	»	»	8,9
» Orléans	» 0,31	»	»	10,4
» Pontorson	» 0,28	»	»	38,6

Si l'on examine, dis-je, ces statistiques officielles, non plus au point de vue de la mortalité générale, mais à celui de la mortalité par tuberculose, on se demande bientôt si leurs chiffres peuvent être pris pour base d'une déduction scientifique étant donné leur incohérence profonde et leur disproportion fréquente avec ceux de la mortalité générale.

Voyons la statistique de 1903 (Bourneville, Rolet, thèse) :

Département.	Population.	Décès p. 100.	Décès par φ p. 100 décès.
Aisne :			
Sainte-Marguerite	1760	9,9	6,4
Saint-Georges	550	11,7	4,9
Aube	1461	10,2	15,1
Arde	701	10,9	2,5
Arde	915	5,5	11,70
Arde	522	10,9	5,4
Alpes-Maritimes	807	8,5	13,04
Aube-Saint-Joseph	283	8,9	3,7
Aube	513	9,5	8,1
Bourneville-Bretagne :			
Aube	792	10,9	17,2
Saint-Pierre	1.318	16,08	15,09
Sainte-Marthe	34	8,8	0,0
Calvados (Bon-Sauveur)	1.284	8,09	3,8
Cantal	212	8,4	0,0
Charente	659	9,7	6,2
Charente-Inférieure	483	9,3	6,6
Cher	430	9,3	15
Corrèze	489	7,5	8,1
Côte-d'Or	707	11,8	4,7
Côtes-du-Nord :			
Saint-Brieuc	361	16,3	15,2
Bégard	829	0,24	100
Léhon	686	6,4	22,7
Creuse :			
Mouton	988	?	?
Givry	12	15,5	190
Creuse-Saint	589	6,1	19,94
Finistère :			
Saint-Paul	114	65,9	25,2
Mouton	523	13,1	12,02
Givry	91	7,5	0,0
Saint-Georges	981	11,8	19,5
Givry	102	13,1	19,6
Finistère :			
Saint-Paul	215	10,3	13,6
Givry	54	21,2	0,0
Givry	509	10,02	11,4
Hérault	735	11,7	12,7
Ille-et-Vilaine	955	6,1	18,03
Indre-et-Loire	611	12,9	3,7

Isère	232	51,2	5,8
Jura	259	49,03	5,5
Loir-et-Cher (Blois)	435	11,03	2,08
Loire-Inférieure	326	32,2	0,9
Haute-Loire	986	9,7	6,2
Loiret	652	10,4	1,4
Lot	628	5,4	8,8
Lot-et-Garonne	380	11,8	11,1
Lozère	508	11,6	6,7
Maine-et-Loire	243	36,2	12,5
Manche :			
Pont-L'Abbé	909	6,04	3,6
Saint-Lô	542	7,3	0,0
Pontorson	119	38,6	8,6
Haute-Marne	764	16,09	3,2
Marne	588	18,8	12,6
Mayenne	917	5,7	11,3
Meurthe-et-Moselle :			
Maréville	1.753	6,2	5,4
La Malgrange	15	20,0	?
Meuse	565	12,5	9,8
Morbihan	743	15,4	13,9
Nièvre	824	8,2	22,05
Nord :			
Armentières	880	17,1	11,9
Lommel	775	10,3	8,7
Bailloul	1.360	10,4	11,2
Oise	1.649	15,7	14,2
Orne	557	10,5	16,9
Pas-de-Calais	874	7,5	9,09
Puy-de-Dôme	953	7,03	5,9
Basses-Pyrénées	838	4,8	5,8
Rhône :			
Bron	1.701	13,6	18,9
Saint-Jean-de-Dieu	774	12,9	20,0
Sarthe	775	8,9	25,3
Savoie	692	11,1	12,9
Seine-Inférieure :			
Quatre-Mares	808	16,5	6,7
Saint-Yon	1.310	7,7	6,8
Deux-Sèvres	800	8,2	9,09
Somme	536	14,5	2,05
Tarn	716	6,2	11,3
Vaucluse	1.410	11,3	20,0
Vendée	580	12,06	15,7
Vienne	172	13,3	4,3
Haute-Vienne	229	38,4	21,5

Yonne	133	11,2	46,6
Seine :			
Salpêtrière	720	8,4	1,6
Bicêtre	224	28,1	6,5
Charenton	597	12,2	8,2
Dun-sur-Auron	908	10,1	5,4
Maison Blanche	314	18,4	6,8
Asile de Vaucluse	1.288	4,8	3,1
Ville Evrard	1.279	18,6	1,6
Pensionnat	220	14,09	0,0
Asile	1.059	19,5	1,9
Villejuif	1.399	17,7	4,4

Statistique et pourcentage établi d'après la statistique de Bourneville, rapportée par le docteur Rolet, mon ami, dans sa thèse, Paris, 1906.

Parmi ces chiffres, les uns paraissent facilement acceptables, ainsi :

	Population.	Décès généraux p. 100.	Décès φ p. 100 décès généraux.
	—	—	—
Vaucluse	1288	4,8	3,1
Maréville	1753	6,2	5,4
Calvados	1284	8,09	3,8

Ils indiquent seulement que ces asiles peuvent être considérés comme ceux où les conditions de santé sont les meilleures puisque, malgré une population des plus nombreuses, la tuberculose, tout en conservant une certaine proportion, ne fait pas chez eux de ravages importants, donnée confirmée par le chiffre de leur mortalité générale, basse relativement, en comparaison avec celui des autres asiles.

Si ces chiffres ne choquent pas, il en est d'autres que nous sommes tenté de mettre en doute, étant donné l'incohérence des déductions qu'on tire de leur comparaison.

Si l'on considère les établissements où la mortalité générale est la plus élevée, dépassant une moyenne de 15 p. 100, et ceux où la tuberculose provoque le plus grand nombre de décès, soit plus de 18 pour 100 décès en général, on constate que, sur les 23 établissements de mortalité maxima, 3 seule-

ment invoquent la tuberculose comme facteur important de cette mortalité : plus de 18 tuberculoses pour 100 décès généraux.

Les autres doivent donc admettre, ou bien qu'un autre mal concurrence la tuberculose, ou bien qu'un nombre considérable de décès bacillaires ont été passés sous silence.

Prenant la contre-partie et comparant les minima de décès par tuberculose (moins de 6 p. 100 décès généraux), on confirme ce que nous venons d'avancer en constatant que les asiles où la mortalité générale est la plus forte : Castel d'Andorte, Isère, Jura, Loire-Inférieure, Haute-Marne, Villejuif, Ville-Evrard, ne peuvent incriminer la tuberculose de provoquer ces ravages puisqu'ils la donnent comme rare, n'atteignant pas à 6 décès pour 100 décès généraux. Il leur faut admettre encore l'existence d'un fléau plus terrible que la tuberculose, ou bien expliquer les ravages effrayants dans leurs rangs par des tuberculoses méconnues ou non signalées.

La majorité des auteurs se sont appuyés sur les statistiques officielles de la mortalité pour en induire la fréquence de la tuberculose à l'Asile.

Je crains que beaucoup de causes d'erreur ne se soient faufilees dans ces statistiques officielles et que l'on ne doive pas se fixer sur le seul chiffre de mortalité par tuberculose avouée, ce chiffre pouvant être et souvent étant loin de s'accorder avec celui de la mortalité générale. Il serait rationnel, en effet, puisque tout le monde s'entend pour incriminer la tuberculose comme un fléau des asiles, que le taux de la mortalité augmentât en même temps que celui de la mortalité générale et fût avec lui dans une proportion élevée.

Mais je ne suis pas le premier à faire le procès des statistiques officielles et déjà l'opinion de Peeters leur était peu favorable : « Si les autopsies étaient régulièrement faites, l'on trouverait fort probablement des tubercules chez des sujets décédés sous une autre étiquette, dans une proportion de deux tuberculoses méconnues sur une reconnue par la clinique, dit-il ».

Combien de décès par marasme, bronchite chronique, gastro-

entérite, entérite, sont attribuables à des lésions tuberculeuses ? C'est l'opinion de Marie et Rolet : « Le marasme étant le retentissement d'une lésion d'un appareil, on peut affirmer que, dans beaucoup de cas, ce sont les poumons, les plèvres, qui sont intéressés et, quand on se rappelle les difficultés du diagnostic de la tuberculose chez l'aliéné, il ne faut pas s'étonner que bien des décès inscrits à l'actif du marasme, aient souvent pour cause une lésion tuberculeuse. Autant peut être dit des bronchites et, à leur propos, rappelons que Brouardel, établissant les statistiques de la tuberculose en France, en porta des milliers, parmi les maladies bacillaires.

On pourrait agir de même à l'égard des méningites et péritonites qui sont bien rarement idiopathiques, les dernières surtout. Quant aux diarrhées, que l'on se rappelle combien elles sont fréquentes chez les phtisiques ; Laennec disait que, bien rarement le poumon est seul à contenir des tubercules, les intestins, eux aussi, sont presque toujours en même temps le siège de ces lésions, qui déterminent, par leur ulcération, la diarrhée colliquative, compagne de la phtisie pulmonaire. Girode fait même une loi de ces localisations intestinales de la tuberculose et Anglade, fournissant à l'appui le résultat de très nombreux examens bactériologiques, nous invite à remplacer par les mots « entérite tuberculeuse » ceux de « diarrhée chronique », dans les rubriques des causes de la mortalité.

Dans le même ordre d'idées, il n'est pas douteux que bien d'autres décès de tuberculeux ou par tuberculose restent ignorés des statistiques officielles et, en général, de toutes celles qui ne sont établies que sur la foi des constats de décès. Ce sont, par exemple, les cas de mort rapide étiquetés : syncopes, ictus cérébraux, inhibition, etc., beaucoup, peut-être, quelques-uns certainement, doivent appartenir à des lésions tuberculeuses qui ont évolué sans bruit et n'ont pas attiré l'œil du clinicien. Beaucoup d'autres, s'ils ne sont pas directement imputables à la tuberculose, ne lui sont pas toujours étrangers et, souvent en tous cas, la laissent ignorée : syncope cardiaque chez un tuberculeux pour exemple du premier cas, la mort ayant pour cause

directe la syncope quoique cette syncope ne soit ici qu'un épiphénomène de la bacillose; hémorrhagie cérébrale, ictus épileptique, etc., chez un tuberculeux, pour exemple du deuxième cas, la tuberculose ne pouvant pas être accusée d'avoir provoqué directement la mort, quoiqu'elle ait pu la favoriser.

A l'appui, je citerai deux cas où la mort ayant été rapide, les constats de décès ne mentionnent pas la tuberculose quoique existante, étant même, dans l'un des deux, seule cause du décès. Je ne veux pas dire que les constats de décès soient mal établis (ils se trompent quelquefois cependant), mais seulement qu'au point de vue tuberculose, on ne peut compter sur eux pour établir une statistique exacte.

1^{er} Cas (*Observation personnelle*). — Ar..., interné à Cadillac depuis dix-neuf années, atteint d'épilepsie convulsive et n'ayant jamais été soupçonné de tuberculose, paraissant bien constitué, corpulent même et jouir d'un excellent état de santé, se lève un matin au son de la cloche, met pied à terre pour s'habiller et n'a que le temps de se rejeter sur son lit disant qu'il n'est pas bien. L'interne appelé en hâte trouve le malade présentant tous les aspects d'un cadavre, le visage est inondé de sueurs. D'après les renseignements, Ar... a fait quelques contractions des mâchoires en expirant. Le certificat de décès porte « ictus apoplectique ».

En l'absence de toute parenté, l'autopsie peut être faite et révèle un peu de méningite avec exsudat séreux, un léger piqueté hémorragique au niveau de la circonvolution perpendiculaire externe de l'hémisphère cérébral gauche, une légère congestion du cervelet dans sa couche périphérique.

L'examen du thorax met à jour de nombreuses adhérences du poumon droit, qui est, dit le rapport d'autopsie, immobilisé par elles. Ganglions trachéo-bronchiques volumineux, hypertrophiés.

Enfin, le poumon gauche est farci de tubercules en voie de fonte et porte en son sommet une caverne purulente susceptible de loger le poing, ayant entraîné, en même temps que la disparition de la paroi supérieure, la formation d'un pneumo-thorax (tissu cellulaire du médiastin antérieur criblé de bulles d'air et poumon gauche tota-

lement affaîssi) laissant béante la cavité pleurale du même côté. Le poumon droit, quoique plus sain en apparence, est congestionné en masse et ponctué d'îlots tuberculeux à différents stades, mais généralement voisins de la crudité.

Le constat de décès porte « ictus apoplectique ».

2^e Cas (*Observation personnelle*). — B..., épileptique, en traitement à Cadillac depuis juillet 1894, entré atteint de syphilis, de saturnisme, de rachitisme et de tuberculose pulmonaire au début, meurt dans la nuit du 14 mai 1907, sans que rien ait fait prévoir cette issue rapide et fatale, sans éveiller l'attention de quiconque. On trouve, le lendemain au réveil, son cadavre dans son lit, étendu sur le dos, dit le rapport, dans une attitude de sommeil, les bras étendus le long du corps, les mains en semi-pronation et les pouces très légèrement fléchis sur la main. Les draps et sommier sont littéralement traversés par l'urine du malade, qui n'était pas gâteaux. Un de ses camarades, D..., prétend avoir entendu pendant la nuit B..., pousser quelques cris, comme il en avait l'habitude, au début de ses crises nocturnes. Quoique le cou du cadavre paraisse légèrement œdématié, on conclut à un ictus épileptique et le constat de décès porte cette mention. Le malade n'ayant pas de famille, sans difficulté l'autopsie est pratiquée. L'examen du corps révèle de l'emphysème et non de l'œdème sus et sous-claviculaire. Un peu de sang est issu de la bouche et du nez. Les poumons sont pâles, le droit présente de très nombreuses adhérences en son sommet et quelques-unes à sa face postérieure.

On trouve un épanchement sanguin d'environ cent centimètres cubes dans la cavité pleurale du même côté. Le sommet du poumon est détruit par une caverne purulente où pénétrerait un œuf de pigeon; c'est à son niveau vraisemblablement que s'est produite l'hémorragie, c'est la porte d'entrée de l'air qui provoqua l'œdème emphysémateux sus-mentionné. Le poumon gauche, adhérent en son sommet seulement, présente aussi une petite caverne purulente, mais la paroi du poumon est encore sans solution de continuité. Le système nerveux ne présente pas de lésions macroscopiques. Le certificat indique « ictus épileptique » comme cause de la mort.

Ce sont là deux cas flagrants où les statistiques établies sur la foi des constats de décès seront en défaut.

De semblables erreurs ont été déjà signalées par les auteurs. Mais combien sont ignorées? La réponse ne pourrait être faite qu'au jour où les autopsies seraient systématiquement pratiquées. Encore ne faudrait-il pas tabler sur les certificats de décès, l'autopsie n'étant que postérieure à leur établissement, mais seulement sur les rapports d'autopsie, ce qui tombe sous le sens.

Si l'on ajoute à cela que dans les asiles privés les autopsies sont exceptionnelles, on se rendra compte du peu de valeur des renseignements donnés par les statistiques officielles au point de vue tuberculose. Il est vrai que, si cet état de choses nous semble regrettable, bon nombre d'asiles n'ont peut-être qu'à s'en louer, il leur procure une renommée facile de salubrité; on a, en effet, classé les asiles en « bons ou mauvais » selon que leur moyenne de mortalité tuberculeuse n'atteint pas ou dépasse 2 p. 100; c'est une prime à l'erreur.

Procédés employés ici pour décélér la tuberculose.

Les statistiques officielles n'auront donc rien à voir dans notre travail, nos statistiques tableront sur les vivants examinés par les procédés possibles dans notre asile et c'est à cela que se réduira notre apport personnel, c'est-à-dire : 1° l'examen consciencieux d'un grand nombre de malades pris sans choix au sein de toutes les catégories, 2° les déductions que nous avons cru pouvoir tirer de nos statistiques établies, comme nous l'avons dit, aussi méthodiquement que possible. Nous indiquerons tout d'abord les procédés de diagnostic que nous avons employés.

Pour décélér la tuberculose sous tous ses aspects, nous nous sommes servi des méthodes classiques d'examen sur lesquels nous n'insistons pas, contrôlant, aussi souvent que possible, nos diagnostics à l'aide du microscope, c'est-à-dire examinant le pus, les crachats et les selles des malades suspects. Le procédé employé fut la double coloration par le Ziehl; mais pour la recherche des bacilles dans les selles, nous avons utilisé la méthode plus rapide du professeur de Nabias : après avoir dilué les matières dans de l'alcool étendu, on reprend la masse par l'éther qui surnage et l'on voit un mouvement ascensionnel de l'alcool qui entraîne les particules les plus légères, parmi lesquelles les microbes; à la surface, se forme un voile dont on fait un frottis qu'on fixe et qu'on traite ensuite par le Ziehl.

Mais pas plus que dans les crachats, la recherche du bacille dans les selles n'est un moyen de diagnostic précoce; elle n'est facile que s'il pullule dans l'intestin, c'est-à-dire à une époque avancée de la maladie. Parmi les nombreux procédés proposés

au Congrès de la tuberculose de 1905 pour dépister le plus tôt possible une bacilliose latente, nous en avons retenu un, que rapporte Rolet dans sa thèse, basé sur de sérieuses expériences et qui a le mérite d'une extrême simplicité. Malméjac l'indique ainsi : Alors que les urines d'un individu sain, recueillies et conservées aseptiquement, ne gardent leur acidité que durant un laps de temps de trois à sept jours, celles des tuberculeux restent acides pendant une quinzaine pour une tuberculose au premier degré et la réaction paraît se conserver d'autant plus longtemps que les lésions sont plus avancées.

Sans vouloir baser nos investigations sur ce seul procédé qui effraye par son excessive simplicité et semble sujet à caution — l'acidité des urines pouvant être modifiée, semble-t-il, par nombre de causes autres que la tuberculose —, nous avons employé le mode sus-indiqué, ne fût-ce que pour le contrôler en le corroborant par d'autres méthodes cliniques plus rigoureuses et, par suite, plus facilement acceptables. J'indiquerai, immédiatement, les résultats que j'ai obtenus de cette enquête sur la persistance de l'acidité des urines des bacillaires :

RECHERCHES SUR LA PERSISTANCE DE L'ACIDITÉ DES URINES DES TUBERCULEUX

La récolte des urines a été faite avec tous les soins aseptiques nécessaires au moyen de sondes uréthrales stérilisées dans des tubes à essai stérilisés et bouchés aseptiquement. Chez les malades qui, grâce aux autres procédés cliniques employés, nous ont semblé absolument indemnes de toutes lésions, l'alcalinité des urines s'est produite du troisième au cinquième jour, en moyenne le quatrième jour. Et, tout de suite, je dois dire que je ne saurais, consciencieusement, établir de limites précises entre la tuberculose et la non tuberculose par ce moyen, puisque les procédés employés par moi concurremment sont entièrement sous la dépendance de mes sens de perception et ne reposent pas sur des expériences précises telles par exemple que l'ophtalmo-réaction de Calmette, la cuti-réaction, la réac-

tion à la tuberculine, etc. Et là se trouve probablement la raison qui fait que mes périodes, comme on va le remarquer plus loin, s'imbriquent légèrement avec celles qui les précèdent ou les suivent. J'ai constaté, en outre, que quelques épileptiques sortaient du cadre de mes expériences; j'en ai trouvé, en effet, de nettement tuberculeux au premier degré et dont l'urine cependant restait acide un temps plus prolongé que celle d'autres tuberculeux plus avancés et non épileptiques. Ces réserves faites, il n'en est pas moins très vrai que, dans la généralité des cas, l'acidité des urines des tuberculeux persiste plus longtemps que celle des individus sains; il est réel aussi que cette persistance de l'acidité des urines des tuberculeux est en rapport avec la gravité des lésions tuberculeuses.

Je ne saurais donner le procédé comme très scientifique, attendu qu'on ignore la cause du retard apporté dans la fermentation de l'urine; tout au plus peut-on supposer que celle-ci se trouve entravée par l'élimination des toxines de la tuberculose; mais il est possible aussi que des modifications des sécrétions et de l'appareil urinaire puissent provoquer le même phénomène. Et, du reste, certains épileptiques ont fait exception à la règle générale.

Ces réserves étant faites, toujours est-il que la concordance des résultats, constatée dans la majorité des cas, nous fait croire qu'il serait utile, dans des circonstances où des procédés scientifiques plus exacts seraient inapplicables, de tenir compte de la persistance de cette acidité urinaire, si surtout ce phénomène coïncide avec d'autres signes cliniques encore trop peu accentués pour permettre au praticien d'affirmer un début de tuberculose sur leur seule constatation. On pourra de même évaluer à peu près l'état des lésions tuberculeuses, pulmonaires ou autres, ou plutôt le degré d'intoxication de l'organisme atteint. On ne saurait être trop prudent quand il s'agira d'épileptiques.

Nos recherches ont porté :

1° Sur onze cas suivis d'autopsies. L'urine avait été recueillie chez le malade peu de jours avant sa mort dans dix de ces cas.

Dans le onzième, l'urine avait été prise, toujours aseptiquement, dans la vessie du cadavre.

Suit l'énumération de ces cas, avec, en regard, la durée de la persistance de la réaction acide des urines et le résumé succinct des désordres d'origine bacillaires constatés à l'autopsie et à l'examen bactériologique :

NOMS des malades et dates de la mort.	LES urines ont été recueillies	DÉBUT de la réaction alcaline	RÉSULTATS de l'autopsie et de l'examen bactériologique.
Bon... (déc. 1906) . . .	2 j. av. +	3 ^e j.	Pas de lésions tuberculeuses.
Pij... (avril 1907) . . .	6 j. av. +	3 ^e j.	Idem.
Pez... (déc. 1906) . . .	1 j. av. +	10 ^e j.	Lésions des sommets pulmo- naires cicatrisées. S. G. Adé- nopathie trach.-br.
Blo... (mai 1907). . . .	12 j. av. +	12 ^e j.	Indurations des sommets. Adénopathie trach.-br.
Hu... (mai 1907). . . .	6 j. av. +	15 ^e j.	Nodules pulmonaires en voie de ramollissement, quel- ques-uns caséifiés.
Cou... (nov. 1906) . . .	3 j. av. +	23 ^e j.	Nodules nettement caséifiés.
Pin... (mars 1907). . .	10 j. av. +	21 ^e j.	Idem.
Bra... (mai 1907). . . .	sur le cadavre	26 ^e j.	Cavernes pulmonaires.
Goh... (mars 1907). . .	15 j. av. +	27 ^e j.	Gangrène pulmonaire d'ori- gine tuberculeuse.
Duc... (avril 1907). . .	2 j. av. +	37 ^e j.	Cavernes pulmonaires.
Lec... (mars 1907). . .	5 j. av. +	40 ^e j.	Idem.

(Observations personnelles).

Je ne saurais allonger cette liste, non pas qu'aucun des autres malades soient morts, dont j'ai auparavant, examiné les urines, mais que, leurs autopsies n'ayant pas été faites à cause de la main mise par les familles, ils participent à ma statistique générale. Restreinte au tableau précédent, apparaît déjà fort bien le proportionnalité de l'intensité de l'affection bacillaire comparée avec la persistante de l'acidité des urines. Remarquons encore

que, chez les deux seuls malades indemnes de toute lésion tuberculeuse, la persistance de l'acidité urinaire n'a pas dépassé trois jours.

Dans nos recherches, qui ont porté sur 200 autres cas de tuberculose à ses divers degrés et de non tuberculose, nous avons constaté que l'alcanité des urines normales, recueillies et conservées aseptiquement, apparaît du troisième au cinquième jour. Malméjac indique jusqu'au septième jour. Il faut rappeler combien il est difficile de faire le point de départ entre la non tuberculose et la tuberculose à son début et que Malméjac n'a pas tenu compte de la tuberculose latente et de la pré-tuberculose. Je crois qu'au delà du cinquième jour l'acidité persistante de l'urine doit mettre en garde le praticien contre une tuberculose commençante possible ; je n'ai trouvé aucun malade présentant ce symptôme, qui soit indemne des signes d'adénopathie trachéo-bronchique de d'Espine et Picot. Tous les sujets atteints de cette lésion et même épileptiques sont rentrés dans ce cadre, leur urine conservant son acidité jusqu'à cinq et neuf jours.

Dans les cas où l'adénopathie trachéo-bronchique se trouvait accompagnée du signe de Grancher, diminution anormale, fixe et persistante de l'inspiration d'un côté, l'acidité s'est conservée plus tard, soit jusqu'aux septième et neuvième jours, toujours au delà du septième jour. Les urines des tuberculeux classiques, au premier degré de l'affection, restèrent acides jusqu'à une période allant du neuvième au quinzième jour ; au deuxième degré, du quatorzième au vingt-cinquième jour ; au troisième degré, du vingt-quatrième au quarantième jour. On ne sera pas sans remarquer, comme je le disais, que ces diverses périodes s'imbriquent, empiétant légèrement les unes sur les autres. Pour expliquer ce phénomène, il me semble assez plausible d'admettre que quelques erreurs, fort possibles en somme, se soient glissées dans nos diagnostics, et aussi, que deux tuberculeux dont les lésions sont arrivées à peu près au même stade, puissent ne pas présenter la même résistance aux toxines et que, par suite, la persistance de l'acidité des urines des tuber-

culeux soit moins proportionnelle à l'état des lésions organiques, qu'en rapport avec le degré d'intoxication du malade.

D'Espine et Picot avaient indiqué, dans leur manuel de 1889, que les premiers signes de l'adénopathie bronchique sont fournis exclusivement par l'auscultation de la voix.

Au nom de d'Espine, Brouardel, dans une communication à l'Académie (novembre 1904), a rappelé l'importance de la bronchophonie dans l'étude de l'adénopathie bronchique.

Par 119 observations d'enfants, il établissait que la forme latente de la tuberculose des ganglions bronchiques sans lésions pulmonaires concomitantes est infiniment plus fréquente dans la pratique que ne l'indiquent les autopsies.

Les ganglions bronchiques, répète d'Espine, sont le réceptacle primitif et souvent unique de l'infection tuberculeuse, fait contraire à la loi de Parrot, pour qui toute tuberculose d'un ganglion bronchique était la conséquence d'une lésion tuberculeuse pulmonaire. Ce fait trouve son explication naturelle dans l'origine intestinale de l'adénopathie bronchique tuberculeuse, démontrée pour la première fois par Vallé au Congrès de la tuberculose de 1905 et corroborée aujourd'hui par d'autres expérimentateurs, tels que Calmette et Weleminsky.

Les premiers signes de l'adénopathie bronchique fournis exclusivement par l'auscultation de la voix s'observent presque toujours dans le voisinage immédiat de la colonne vertébrale, entre la septième cervicale et les premières vertèbres dorsales, soit dans la fosse sus-épineuse, soit plus bas dans l'espace interscapulaire. Ils consistent dans un timbre surajouté à la voix, qu'on peut appeler chuchotement dans le premier stade et bronchophonie dans un stade plus avancé.

Il faut distinguer tout d'abord avec soin le retentissement exagéré de la voix de la bronchophonie : le premier n'est pas pathologique et peut tenir à des circonstances accidentelles, telles qu'une voix très forte ou très basse, ou à l'auscultation dans l'espace interscapulaire chez un sujet très amaigri.

La méthode d'auscultation de d'Espine est celle de Lassè-

gue : Faire prononcer aussi distinctement que possible le chiffre 333 et ausculter d'abord le cou en arrière sur les vertèbres cervicales avec un stéthoscope à petite embouchure, en fermant l'oreille libre ; on perçoit nettement le bourdonnement caractéristique provenant de la trachée. Normalement, ce timbre cesse brusquement au niveau de la septième cervicale où commence le poumon.

Dans l'adénopathie bronchique, au contraire, on entend le timbre bronchique dans un espace qui varie entre la septième cervicale et la quatrième ou cinquième dorsale. Cet espace, comme l'ont montré Guéneau de Mussy et Barety, correspond à la dernière portion de la trachée et à la bifurcation des bronches qui se trouve, dans le plan horizontal, à la hauteur de la troisième vertèbre dorsale.

Cette région ganglionnaire postérieure est celle qui est la plus souvent atteinte par la tuberculose ; le retentissement du timbre bronchique est accentué par la chaîne des ganglions tuméfiés qui enserrant le canal aérien et se continue parfois en arrière jusqu'aux environs de la colonne vertébrale.

Quand l'auscultation de la voix haute ne donne pas de résultat, on fait pratiquer l'articulation des mots à voix basse ; on entend alors, en cas d'adénopathie, un phénomène analogue à celui que Bacelli a appelé la pectoriloquie aphone et que d'Espine nomme « chuchotement ». Ce signe a la même valeur que la bronchophonie proprement dite.

D'autre part, Barot (Académie de médecine, décembre 1906) reprenait la question de la possibilité du diagnostic précoce de la tuberculose à sa période de germination ganglionnaire, disant, lui aussi, qu'un très grand nombre d'individus sont porteurs inconscients des signes particuliers à ce stade, beaucoup d'entre eux guérissant naturellement par la seule défense de l'organisme, après une période de combat plus ou moins longue, d'autres moins forts, moins prudents, moins fortunés, subissant le lent processus de la déchéance graduelle qui les conduit à la phthisie. La tuberculose sous sa forme de germination ganglionnaire, répète-t-il, est beaucoup plus répandue que

ne l'indiquent les statistiques actuelles : un certain nombre d'états morbides inclassés, particulièrement la neurasthénie, n'en sont, à son avis et sans aucun doute, que des manifestations méconnues. Son diagnostic se base sur quatre signes principaux qui tirent toute leur valeur de leur coexistence : l'amaigrissement, la lassitude matinale, la sensibilité douloureuse à la pression vertébrale ou sternale, la trachysigaphonie ou résonance anormale et rude de la voix basse aux points vertébraux.

Chaque fois que nous l'avons pu, nous avons fait notre profit des indications de d'Espine et Barot, mais n'avons su généraliser leur méthode, le caractère de l'aliéné, la forme de la psychose ne se prêtant pas toujours à de telles investigations.

A l'exemple de Grancher (Congrès de 1903 et Académie de médecine 1906), nous avons basé le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire « sur une inspiration anormale fixe, persistante, à l'un des sommets pulmonaires, reléguant au second plan les signes dits classiques de la tuberculose au début : expiration prolongée et soufflante, submatité, craquements secs, etc.

L'affaiblissement de l'inspiration au sommet du poumon et principalement au niveau de la fosse sous-claviculaire droite est, pour Grancher l'expression certaine d'une lésion ; mais il faut de plus que l'anomalie inspiratoire soit fixe et persistante, car un grand nombre de maladies infectieuses aiguës peuvent s'accompagner d'une diminution momentanée du murmure vésiculaire sous la clavicule et l'on peut constater ce phénomène d'une façon inconstante au cours de certains états s'accompagnant d'anémie profonde (anémie paludéenne).

Les statistiques de Lemoine, médecin principal, professeur au Val-de-Grâce (*Presse médicale* du 2 février 1907) confirment absolument ce qu'avance Grancher, prouvant la haute valeur des anomalies respiratoires et principalement de la diminution de l'inspiration sous la clavicule droite. Un léger fléchissement de la santé et un peu de fièvre vespérale accompagnant l'anomalie respiratoire fixe et persistante, constatée au sommet, suffit à Lemoine pour que la réforme s'impose, sans attendre l'appari-

tion d'autres signes. Si l'état général est excellent, dit-il, la recrue pourra être gardée, mais à la condition expresse que les signes observés au sommet seront contrôlés souvent, que l'homme sera pesé mensuellement, signalé à ses chefs, surveillé par eux et arrêté à la moindre bronchite ou à la moindre défaillance de l'organisme. Nous inspirant de cette méthode, nous avons considéré comme prétuberculeux tous les malades présentant de façon fixe et constante une diminution de l'inspiration à l'un des sommets, particulièrement dans les régions sous-claviculaires et surtout au niveau de la fossette sous-claviculaire droite, avec état général défaillant, nous abstenant de tenir compte de cette anomalie dans les cas de maladies infectieuses aiguës ou capables de produire cette modification respiratoire, ainsi que l'indique Grancher.

J'aurais été heureux d'appliquer des méthodes d'une précision plus mathématique, telles que la réaction à la tuberculine, la cuti-réaction, l'ophtalmo-réaction, ou la séro-agglutination ; ce fut pour moi l'occasion de regretter que tous les asiles d'aliénés ne possédassent pas un laboratoire, et l'obligation d'approprier ma méthode aux moyens d'investigation qui m'étaient laissés.

Résultats de l'examen des malades.

RÉSULTATS GROSSIERS. — GÉNÉRALITÉS.

Avant d'entrer dans le détail de nos résultats, indiquons-en tout d'abord les grands traits.

L'examen a porté sur une totalité de 625 malades dont 180 pris à leur entrée et 445 autres à diverses époques de leur séjour à l'asile.

Au point de vue de leurs psychopathies, ils se répartissent suivant le tableau ci-après qui peut servir de point de repère et de contrôle :

Totalité examinée = 625.

	Entrants.	Existants.	Total.
	—	—	—
Manie	10	27	37
Démence maniaque	0	8	8
Mélancolie.	28	39	67
Démence mélancolique.	0	11	11
Délire maniaco-dépressif.	6	19	25
Démence maniaco-dépressive	0	8	8
Confusion mentale aiguë.	8	9	17
— chronique.	2	7	9
Démence précoce.	10	6	16
Dégénérés.	13	10	23
Imbécillité.	15	82	97
Idiotie	5	10	15
Paranoïa.	6	32	38
Démence paranoïaque	0	19	19
Délire des dégénérés.	10	36	46
— alcoolique aigu	15	10	25
— — chronique	5	12	17
— — démentiel	1	12	13
<i>A reporter. . .</i>	134	357	491

<i>Report.</i>	134	357	491
Epilepsie.	14	42	56
Démence épileptique.	0	11	11
Paralysie générale progressive. . .	22	18	40
Démence P. G. P.	0	8	8
— organique.	6	5	11
— sénile.	4	4	8
Totaux.	180	445	625

Dans cette totalité, 153 malades seulement nous ont paru complètement indemnes, soit une proportion de 24,48 p. 100 contre 75,52 p. 100 porteurs de lésions plus ou moins graves.

Remarquons en passant que ces chiffres se rapprochent sensiblement de ceux que fournit à Brouardel l'examen d'individus morts par accidents et autopsiés à la morgue de Paris, chez lesquels la proportion des individus porteurs de lésions tuberculeuses guéries ou non s'élevait à 75 p. 100.

Ajoutons que, parmi ces malades lésés, les uns ne présentent que les signes d'une tuberculose encore à l'état latent n'impliquant pas une évolution certaine. Chez 240 d'entre eux, soit 38,4 p. 100, on ne relève que le signe de d'Espine et Picot seul, symptôme d'adénopathie trachéo-bronchique, de tuberculose à sa période de germination ganglionnaire « naturellement guérissable par la seule défense de l'organisme après une période de combat plus ou moins longue », ou associé au signe de Gran-cher, inspiration anormale, fixe, persistante à l'un des sommets pulmonaires, ceux là pré-tuberculeux, l'affection ayant déjà franchi les frontières ganglionnaires, mais non pas encore condamnés, à condition qu'une aide soit apportée à leur organisme dans sa lutte contre la bacillose.

232 enfin, soit 37,1 p. 100, sont gravement atteints de lésions qui bien rarement pardonnent, de tuberculose classique à ses diverses périodes localisée aux divers appareils de l'organisme.

Classant en outre tous ces malades suivant leurs psychopathies et la nature de leurs lésions, mettant d'autre part en regard le nombre des indemnes, on obtient le tableau n° 2 suivant :

Totalités indemnes, grevés et φ.

	TOTAL EXAMINÉS	TOTAL INDEMNES	GREVÉS LÉGEREMENT	φ CLASS.	TOTAL LÉSÉS
Manie	37	18	10	9	19
Démence maniaque	12	8	1	3	4
Mélancolie	69	1	32	36	68
Démence mélancolique	11	0	2	9	11
Double forme	25	1	10	14	24
Démence double forme	2	0	2	0	2
Confusion mentale aiguë	17	1	10	6	16
Confusion mentale chronique	9	0	3	6	9
Démence précoce	16	0	8	8	16
Dégénérés	20	8	6	6	12
Imbécillité	99	13	57	29	86
Idiotie	13	0	5	8	13
Paranoïa	38	21	6	11	17
Démence paranoïaque	13	0	6	7	13
Délire polymorphe dégén.	46	15	13	18	31
Démences vésaniques autres.	7	1	1	5	6
Alcoolisme aigu	25	11	9	5	14
Alcoolisme chronique	17	3	7	7	14
Démence alcoolique	13	1	3	9	12
Epilepsie	56	23	20	13	33
Démence épileptique	11	2	7	2	9
Paralysie générale progressive	36	15	11	10	21
Démence paralytique générale progressive.	8	0	6	2	8
Démence organique	17	7	4	6	10
Démence sénile	7	3	1	3	4
Démence non classée	1	1	0	0	0
TOTAUX.	625	153	240	232	472

Il me semblerait fastidieux de reprendre un à un l'examen de chaque affection mentale comptant le faire plus loin. Notons toutefois l'énorme proportion de mélancoliques lésés 98,7 p. 100, celle du délire maniaco-dépressif ou folie à double forme 96,2 p. 100 et remarquons en passant combien la manie s'en éloigne, n'atteignant que 46,9 p. 100. Trouvera-t-on là un argument en faveur de l'opinion qui veut conserver une manie pure?

Les déments précoces sont particulièrement touchés; nous en trouvons 100 p. 100, autant que chez les confusionnés chroniques. La confusion aiguë n'atteint pas tout à fait ce chiffre, 94,1 p. 100; tous les idiots sont lésés, soit 100 p. 100. Enfin les autres maladies mentales atteignent des proportions très variables auxquelles nous ne voulons pas nous arrêter ici. Il n'est

pas douteux, en effet, à mon point de vue, que l'examen des malades à leur entrée soit capital, si l'on veut attribuer une influence quelconque à la tuberculose envahissante, sur la pathogénie de la psychose, l'asile ne pouvant pas, dès lors, être accusé d'avoir contribué à l'éclosion de l'affection bacillaire.

Nous avons déjà à penser que bien des aliénés n'entrent à l'asile que très postérieurement au début de leur affection mentale et que peut-être celle-ci a déjà retenti fâcheusement sur leur organisme ouvrant toute grande la porte à la tuberculose, mais c'est ici pure hypothèse.

Nous prendrons donc immédiatement les malades à leur entrée dans l'asile et tâcherons de déterminer dans quelles proportions l'asile reçoit des aliénés primitivement tuberculeux :

1^{re} PARTIE : *Examen des malades au moment de leur entrée à l'asile.*

A l'aide du tableau suivant qui nous donne les résultats des examens faits à l'entrée, les malades y étant divisés en deux grandes classes d'indemnes et de lésés avec leurs antécédents bacillaires et alcooliques, nous essayerons d'établir :

1° Dans quelles proportions les aliénés primitivement tuberculisés viennent accroître la population de l'asile de Cadillac ;

2° A l'aide des antécédents relevés, nous comparerons l'influence de l'hérédité tuberculeuse et de l'alcoolisme tant héréditaire que personnel sur le développement de la tuberculose ;

3° Nous rechercherons l'influence comparative de l'hérédité tuberculeuse, de la tuberculose, de l'alcoolisme dans l'étiologie de l'aliénation mentale en général ;

4° Enfin notre tableau divisant les individus porteurs de lésions, en tuberculeux classiques, tuberculeux latents porteurs d'adénopathie trachéo-bronchique seule constatée, et en pré-tuberculeux chez qui sont associés les symptômes d'adénopathie trachéo-bronchique (signe de d'Espine et Picot) et de pré-tuberculose pulmonaire (signe de Grancher), nous essayerons de

déterminer l'influence possible de la tuberculose latente, de la pré-tuberculose, de la tuberculose classique, sur les différentes psychopathies; une réserve devra être faite quant aux idiots, imbeciles, épileptiques et dégénérés en général, dont la maladie mentale datant quelquefois de loin, et souvent même congénitale, a pu les jeter déjà en proie à la tuberculose; celle-ci n'est plus alors qu'un incident traversant leur vie d'aliéné et ne peut être invoquée, dans de pareils cas, comme facteur de la psychose; c'est là une cause d'erreur à laquelle nous ne saurions échapper.

EXAMEN fait à l'entrée	Tuberculose latente adénop. trachéo-bronchique.	Pré-tuberculose adén. trachéo-br. et signe de Grancher.	Total des lésions légères.	Tuberculoses classiques diverses.	Total des lésés.	Antécédents des lésés		Total des indemnes.	Antécédents des indemnes		Total des examinés.
						Hérédité	Alcoolisme héréditaire ou personnel.		Hérédité	Alcoolisme héréditaire ou personnel.	
Alcoolisme aigu . . .	3	3	6	3	9		9	6		6	15
» chronique . . .		2	2	3	5		5	2		2	7
» démence . . .			0	1	1		1	1		1	2
Confusion mentale aiguë	1	4	5	3	8	3	6	0			8
Confusion chronique.			0	2	2	1	1	0			2
Démence précoce . .		5	5	5	10			0			10
Manie		3	3	3	6	1	4	4			10
Mélancolie	1	9	10	17	27	7	7	1			28
Manie-mélancolie . .		3	3	3	6		3	0			6
Délire sensoriel des dégénérés		2	2	6	8	1	4	1			9
Paranoïa		1	1	2	3	1		5			8
Démence vésanique .				0	0			0			0
Lacunaires		4	4	6	10	2	3	1			11
Imbécillité	4	2	6	9	15	8	1	0			15
Idiotie	2		2	3	5		3	0			5
Epilepsie	3		3	3	6	3	1	6	2		12
Démence épileptique.					0			0			0
P. G. P.	1	6	7	9	16	6	4	6			22
Démence P. G. P. . .					0			0			0
Démence organique .		2	2	2	4			1			5
» sénile		1	1	2	3			2			5
Total examiné à l'entrée.	15	47	62	82	144	33	52	36	2	9	180

Grossièrement ce tableau peut se réduire à :

A l'entrée	{	Malades indemnes	36	{	144
		Malades lésés {			
	{	Adénopathie trachéo-bronchique.	15		
		Adénopathie trachéo-bronchique compliquée de pré- tuberculose pulmonaire.	47		
		Tuberculose classique.	82		
Total examiné à l'entrée. . . .					180

1^{er} Point. — Faible la proportion de malades indemnes 20 p. 100 comparée à celle des malades lésés 80 p. 100 qui entrent à l'asile. Il est vrai que tous ne sont pas inéluctablement voués à une déchéance progressive. 45,53 p. 100, ce qui déjà est énorme, présentent des signes de tuberculose classique des divers appareils, et peu d'entre eux n'évolueront pas; ils viennent, non seulement augmenter par leur présence la population des tuberculeux, mais créent encore de nouveaux foyers de contagion dès leur entrée ou bien dans un temps plus ou moins éloigné selon la rapidité de l'évolution de leur bacillose. Les autres, au nombre de 62, soit 34,44 p. 100, sont moins grièvement atteints; les uns 47, soit 26,11, présentent à la fois les signes de d'Espine et de Grancher, qui par leur association semblent acquérir une grande valeur et donnent à penser qu'une grande partie de ces malades sont destinés à évoluer vers la tuberculose, -- (ces deux catégories de tuberculeux classiques et de pré-tuberculeux réunissent une moyenne de 71,66 p. 100) —, les autres, au nombre de 15, soit 8,33 p. 100, présentent pour tout signe celui d'Espine et Picot, symptôme d'adénopathie trachéo-bronchique isolé, qui n'implique pas, semble-t-il, la certitude d'une évolution, les malades en guérissant souvent, dit d'Espine, par leurs seuls moyens. C'est là une classe flottante de sujets prêts à être emportés dans le torrent et dont l'avenir paraît surtout dépendre du milieu qui les recueillera.

2^e Point. — Les malades indemnes à l'entrée se répartissent dans le tableau suivant avec leurs antécédents bacillaires et alcooliques :

		Alcool.	Antécédents φ
Alcoolisme aigu.	6	6	
— chronique	2	2	
— démence	1	1	
Manie	4		
Mélancolie	1		
Dégénérés	1		
Délire des dégénérés	1		
Paranoïa	5		
Epilepsie	6		2
P. G. P.	6		
Démence sénile	1		
Démence organique	2		
Total	36	9	2

Il nous faut constater l'infime proportion, chez ces indemnes, d'antécédents tant alcooliques (l'alcool n'étant noté que dans 9 cas sur 36, soit un taux de 25 p. 100) que bacillaires, puisque deux épileptiques seuls en possèdent, soit une proportion de 5,5 p. 100 (si l'on ne considère que l'épilepsie, ce taux s'élève tout de suite à 33,33 p. 100, 2 cas sur 6 comme l'indique le tableau précédent).

Passant à l'énorme catégorie des malades lésés diversement, on relève 33 fois des antécédents tuberculeux sur 144, soit 22,9 p. 100 et 52 fois des antécédents alcooliques, soit une moyenne de 36,8 p. 100.

Si nous comparons ces proportions à celles qu'on vient de trouver chez les malades indemnes, l'énorme différence qui les sépare saute aux yeux.

En effet, les antécédents alcooliques étaient dûment constatés :

Chez les lésés	36,8 fois p. 100.
Chez les indemnes	25 » »

soit une différence de 11,8 p. 100 à l'actif des premiers, indiquant une préférence marquée de la tuberculose à atteindre les alcooliques, héréditaires ou non.

D'autre part, les antécédents tuberculeux ont été relevés :

Chez les lésés	22,9 fois sur 100.
Chez les indemnes	5,5 » »

soit une différence plus grande encore, égale à 17,4 p. 100, à l'actif des lésés aussi, marquant une affinité particulière de la tuberculose pour les malades grevés d'hérédité tuberculeuse; elle est plus nette ici que chez les malades entachés d'alcoolisme, puisqu'elle les atteint 9,4 fois de plus p. 100 :

$$17,4 \text{ p. } 100 - 11,8 \text{ p. } 100 = 9,4 \text{ p. } 100.$$

3° point. — Si maintenant nous comparons l'influence de l'hérédité tuberculeuse et de l'alcoolisme sur le développement de l'aliénation mentale, et il faut bien se rendre compte qu'à l'entrée cette influence sera évaluée avec le moins de chances d'erreur possible, si nous considérons l'entrée des malades à l'asile comme marquant le début de leur maladie mentale, nous remarquons que sur 180 aliénés examinés, 33, soit 19,4 p. 100, sont pourvus d'hérédité bacillaire, tandis que 67, soit 37,2 p. 100, sont entachés d'alcoolisme; l'alcool l'emporte donc avec une différence de 17,8 p. 100.

Mais si l'on fait intervenir non plus seulement l'hérédité tuberculeuse, mais la tuberculose elle-même à ses divers stades de tuberculose latente, pré-tuberculose et tuberculose classique qui représentent une proportion de 80 p. 100 en tout, soit :

Tuberculose latente. . .	8,3 p. 100.
Pré-tuberculose	26,1 »
Tuberculose classique. .	45,5 »
	80 p. 100.

on se rend compte que si l'hérédité tuberculeuse ne prétend pas jouer un rôle capital sur la pathogénie de l'aliénation mentale, en comparaison avec l'alcool qui fait le double de victimes, la tuberculose en général est, encore plus souvent que lui, à incriminer soit à l'état de tuberculose latente qui n'atteint pas le dixième des cas, 8,3 p. 100, soit de pré-tuberculose qui s'élève au quart, 26,1 p. 100, soit au stade de tuberculose classique qui dépasse à elle seule la proportion des cas où l'alcool est incriminé et se trouve, chez presque la moitié des malades, coïnci-

der avec l'aliénation, 45,5 p. 100. C'est une moyenne de 80 p. 100 que réunit la tuberculose en général, quand l'hérédité tuberculeuse n'atteint que 19,4 p. 100 et que l'alcoolisme s'élève à une proportion de 37 p. 100. On ne s'étonnera pas de ce que la somme de ces moyennes dépasse 100 p. 100. La raison en est que dans 36,4 p. 100 de ces cas, qui est la différence, la tuberculose se trouvait coïncider soit avec l'hérédité tuberculeuse, soit avec l'alcool.

Nous nous résumerons en disant que si l'on trouve dans la coïncidence des raisons suffisantes pour attribuer à tel ou tel une influence dans l'étiologie de l'aliénation mentale en général, la tuberculose héréditaire, tout en pouvant être incriminée dans un cinquième des cas, est dépassée par l'alcool qui la double, tout en restant cependant derrière la tuberculose classique seule, qui, associée à la tuberculose latente et à la prétuberculose, double alors la moyenne de l'alcool.

4^e Point. — Recherchant les rapports de la tuberculose avec les différentes psychoses, la première en tant que facteur des secondes, nous avons été frappé de ne trouver, chez les imbéciles, les idiots, les déments précoces, dans le délire maniaco-dépressif, dans la confusion mentale aiguë et chronique, aucun malade indemne des lésions attribuables à la tuberculose. D'autre part, un seul des 28 mélancoliques examinés a paru exempt de ces lésions, ce qui donne une moyenne de 96,4 lésés sur 100, 60,7 p. 100 étant des tuberculeux classiques. Les dégénérés ou lacunaires sont souvent des prétuberculeux ou tuberculeux latents et se rapprochent à ce point de vue des imbéciles, des idiots, des épileptiques chez qui ces formes de tuberculose sont plus fréquentes que dans les autres psychoses; ainsi elle atteint 40 p. 100 des imbéciles, 40 p. 100 des idiots, 30 p. 100 des dégénérés, 25 p. 100 des épileptiques; mais tandis que, comme nous l'avons dit déjà, les imbéciles ne comptent aucun indemne, nous en trouvons, quoique bien peu, chez les lacunaires qui s'élèvent à une moyenne de 90,9 lésés p. 100, dont 54,4 sont des bacillaires en évolution. Chez les dégénérés délirants, les proportions sont assez semblables, les lésions légères de tubercu-

lose latente étant plutôt moins fréquentes. Mais la tuberculose classique compense ce déficit par une moyenne un peu plus élevée, 66,6 p. 100.

Les épileptiques sont lésés dans une proportion de 50 p. 100 dont la moitié irrémédiablement. Le délire systématisé, la paranoïa arrive à la moyenne de 37,5 p. 100 de lésés. La plupart de ces malades sont des tuberculeux classiques, 23 p. 100.

Le délire alcoolique donne une proportion élevée de malades lésés soit 62,5 p. 100, dont 12,5 atteints d'adénopathie trachéo-bronchique, 20,8 chez qui cette adénopathie est compliquée de pré-tuberculose pulmonaire, et 29,1 de tuberculose classique, contre 37,5 p. 100 d'indemnes. Mais l'alcoolisme chronique, encore plus souvent que l'alcoolisme aigu, coïncide avec la tuberculose, comme l'indiquent les moyennes : 71,3 p. 100 alcooliques chroniques contre 60 p. 100 alcooliques aigus.

L'alcool attire la tuberculose comme la tuberculose l'alcoolisme. La manie (du moins certaines formes de manie), semble avoir aussi beaucoup de rapports avec les lésions bacillaires qu'on trouve 60 fois pour 100, la moitié comporte des lésions de tuberculose classique.

Sans compter les déments précoces dont nous nous sommes déjà occupé, nous avons eu affaire à douze autres cas de démence : quatre malades seulement étaient exempts de lésions ; c'étaient un organique, deux séniles et un alcoolique. C'est dire que les deux tiers des déments en général sont tuberculeux.

Parmi vingt-deux paralytiques généraux pris à l'entrée, et non pas encore arrivés au stade de démence, nous en avons trouvé six indemnes et seize lésés dont neuf tuberculeux classiques, soit 40,8 p. 100, plus 31,8 atteints plus légèrement, en tout 72,7 lésés p. 100. Six étaient indemnes, avons-nous dit ; pour nous en convaincre, nous avons examiné leurs urines par le procédé contrôlé plus haut. Chez aucun l'acidité n'a persisté plus de trois jours, l'examen répété quelques jours après a donné dans les deux expériences consécutives les mêmes résultats.

Sans vouloir, sur ces seules données, dire que la paralysie générale progressive ne peut avoir la tuberculose comme origine,

ce qui est admis par tous les aliénistes, nous ne saurions admettre que la tuberculose fût sa seule origine puisque six de nos paralytiques généraux nous ont paru absolument exempts de bacillose.

Dans ses récentes recherches de la tuberculose par l'ophtalmoréaction, M. le professeur Marie assisté du médecin adjoint, M. Viollet, a trouvé, chez des paralytiques généraux non soupçonnés de tuberculose, une moyenne de 48 réactions positives pour 100 cas.

Je crois donc qu'il serait exagéré de prétendre que la seule tuberculose soit l'origine de la paralysie générale, mais bien qu'elle peut, comme le dit notre maître Régis, si ce n'est exercer un rôle prédominant, du moins contre-balancer la syphilis dans la pathogénie de la paralysie générale.

Il ne nous a pas été donné, dans la période de nos recherches, d'examiner à l'entrée de démences consécutives aux manie, mélancolie, délire maniaco-dépressif, épilepsie, paralysie générale.

2^e PARTIE : *Examen postérieur à l'entrée, c'est-à-dire fait au cours du séjour des malades dans l'asile.*

Pour suivre le programme tracé et tâcher de résoudre, selon la proposition de Marie, les trois derniers problèmes, savoir :

Si la tuberculose éclate dans les premiers mois du séjour ;

Si les anciens pensionnaires sont atteints de préférence ;

Si certaines formes d'aliénations prédisposent à la tuberculose, nous sommes amené à la seconde partie de notre travail, l'examen des malades au cours de leur séjour à l'asile, qui nous donnera la solution des deux premiers points ; celle du troisième problème découlant de la comparaison du nombre des malades atteint de tuberculose, pris d'une part à l'entrée, d'autre part pendant leur séjour à l'asile, cela au point de vue de chaque forme d'aliénation.

Avant d'examiner ces trois points et de citer, à l'appui, les statistiques établies par l'examen des malades au cours de leur séjour à l'asile d'aliénés de Cadillac, il nous semble bon de

signaler, comme cause d'erreur, sinon générale, du moins particulière à cet établissement, ce fait que l'asile en question reçoit non seulement les malades de la Gironde, — ceux-ci, s'ils sont contaminés au cours de leur internement, ne pouvant accuser que l'asile de Cadillac seul, — mais encore un contingent important déversé par le département de la Seine, composé presque exclusivement de chroniques, qui, eux, ne sauraient accuser notre établissement que collectivement et en second lieu, avec les asiles de la Seine où ils ont séjourné primitivement.

Sur un total de 445 malades examinés au cours de leur internement, nous avons trouvé :

Total indemnes						117	
Lésés (total) {	Lésions légères (total)	{	Signe de d'Espine . . .	91	178	{	
			Signe de Grancher. . .	7			
			Les deux signes associés	80			
	Tuberculose classique (total)	{	1 ^{er} degré	85	150		328
			2 ^e degré.	31			
			3 ^e degré.	15			
			Diverses	19			
Total des malades examinés après un séjour variable						445	

Les indemnes sont donc dans une proportion de 26,2 p. 100; les lésés, dans celle de 73,7 p. 100. Une partie de ces derniers, 40 p. 100, il est vrai, sont porteurs de lésions commençantes, mais les autres, 33,7 p. 100, sont des tuberculeux classiques dont l'évolution peut être considérée comme très probable.

Dans l'examen à l'entrée, nous avons trouvé des proportions quelque peu différentes; nous n'avions que 20 p. 100 d'indemnes contre 80 p. 100 de lésés, dont 34 p. 100 légèrement et 45,5 p. 100 gravement, de tuberculose classique. Voir les tableaux ci-après :

Malades examinés à l'entrée :

Total	625	examinés	180 =	Indemnes.	36, soit 20,0 p. 100	144, soit 80,0 p. 100
				Adénopathie tra- chéo-bronchique 15	62, soit 34,4 p. 100	
				Prétubercul. pul- monaire 0		
				Adénopathie et pré- tuberculose . . . 47		
				Tuberculoses diverses . 82, soit 45,5 p. 100		
<i>Malades examinés pendant leur séjour :</i>						
			445 =	Indemnes.	117, soit 26,2 p. 100	328, soit 73,7 p. 100
				Adénopathie tra- chéo-bronchique 91	178, soit 40,0 p. 100	
				Prétubercul. pul- monaire 7		
				Adénopathie et pré- tubercul. pulm. . 88		
				Tuberculose au 1 ^{er} degré 85		
				Tuberculose au 2 ^e degré 31	150, soit 33,7 p. 100	
				Tuberculose au 3 ^e degré 15		
				Tuberculose des divers appareils. 19		

Ainsi la proportion de malades indemnes de toute lésion est légèrement moins élevée chez les entrants que parmi les existants et minime dans les deux cas, ne dépassant pas 26,2 p. 100.

Cette dernière constatation ne doit pas être pour nous étonner, si l'on se rappelle que Brouardel, examinant à la morgue de Paris des morts par accidents, trouva, dans 75 p. 100 des cas, trace de lésions d'origine tuberculeuse. Nous arrivons ici à 80 p. 100 chez les entrants et 73,7 p. 100 chez les existants. Cette différence légère entre nos deux portions de malades a déjà été constatée par les aliénistes et attribuée par eux à l'élimination des tuberculeux avancés peu après leur entrée à l'asile; il semblerait que si le changement de régime et de milieu influence plutôt favorablement les organismes doués d'une vitalité suffisante, ces mêmes conditions seraient un coup de fouet funeste aux

autres incapables de réaction et déjà subjugués par leur affection; et il ne faudrait pas, de prime abord, déduire de ce fait, que l'asile guérit la tuberculose; la chose n'étant pas impossible, après tout, si l'on songe que la majorité des malades d'un asile public d'aliénés consiste en indigents, il faut bien admettre que son régime, si peu luxueux qu'il soit, lutte sans désavantage contre celui de beaucoup de ménages ouvriers. Il l'égale souvent et, ne fût-ce que par l'élimination des fatigues physiques, des soucis, des abus de toutes sortes, des diverses causes morales et physiques d'abattement, la régularité de l'alimentation et des différents actes organiques, la surveillance et l'intervention médicale constante, la vie à l'asile d'aliénés, tel que nous le voyons, devient supérieure à celle de nombre d'indigents et même d'ouvriers; l'hygiène et la salubrité des locaux, d'autre part, vaut bien, je crois, celles de la chambre mal aérée, de l'échoppe sombre et humide ou de l'usine empestée. « Si la tuberculose est fréquente dans les grandes villes et les agglomérations, elle est due, pour une grande part, à l'insuffisance alimentaire à laquelle viennent se joindre les autres facteurs de misère, le surmenage, l'alcoolisme, les habitations insalubres » (1), toutes causes qui disparaissent en partie à l'asile. Mais cette seule considération, l'élimination par décès des tuberculeux avancés, me paraît suffisante pour expliquer l'augment que nous trouvons parmi les indemnes dans la population formant le fond de la population de l'Asile.

Pour aborder les questions de Marie, savoir :

1° Si la tuberculose éclate dans les premiers mois du séjour;

2° Si les anciens pensionnaires sont atteints de préférence, nous avons réparti les 445 malades examinés en deux catégories principales d'indemnes et de lésés, la dernière subdivisée elle-même en deux portions : celle des lésions légères comprenant les malades atteints d'adénopathie trachéo-bronchique seule ou compliquée de pré-tuberculose pulmonaire et celle des tuberculoses classiques. Ces différentes catégories sont classées

(1) Landouzy, Labbé, Romme.

séparément au point de vue de la durée variable du séjour des malades à l'asile de Cadillac.

DURÉE DU SÉJOUR	Indemnes	Lésions légères	Tuberculose classique	Total lésés	Total examinés
Moins d'un an	3	40	7	47	20
De 1 an à 2 exclusivement	6	27	16	43	49
De 2 ans à 3 exclusivement	15	21	19	40	55
De 3 ans à 5 inclusivement	19	11	17	28	47
De 6 ans à 9 inclusivement	21	38	52	90	111
De 10 ans à 19 inclusivement	34	51	24	75	109
De 20 ans à 30 inclusivement	15	17	12	29	44
Au-dessus de 30 ans	4	3	3	6	10
TOTAUX	117	178	150	328	445

Ce qui revient à donner comme moyenne pour cent :

DURÉE DU SÉJOUR	Indemnes	Lésions légères	Tuberculose classique	Total lésés
Moins d'un an	15,0	50,0	35,0	85,0
De 1 an à 2 exclusivement	12,2	55,1	32,6	87,7
De 2 ans à 3 exclusivement	27,2	38,1	34,5	72,7
De 3 ans à 5 inclusivement	40,4	23,4	36,1	59,5
De 6 ans à 9 inclusivement	18,9	34,2	46,8	81,0
De 10 ans à 19 inclusivement	31,1	46,7	22,0	68,8
De 20 ans à 30 inclusivement	34,0	38,8	27,2	65,9
Au-dessus de 30 ans	40,0	30,0	30,0	60,0

A l'aide de ces données, nous avons construit des courbes, qui donneront d'emblée, à l'œil, une impression suffisante des allures de la tuberculose à l'asile de Cadillac.

Ce qui n'est pas fait pour réjouir, mais certes pour étonner un peu, c'est que les malades porteurs de lésions se trouvent en plus grand nombre dans les premiers temps de leur séjour à l'asile qu'à n'importe quelle époque de l'internement; c'est de un à deux ans que le maximum est atteint.

Si nous considérons en même temps la courbe de la tuberculose classique et celle des lésions légères pendant les mêmes

périodes, nous voyons qu'avec l'entrée coïncide le maximum de fréquence de la tuberculose classique, qui devient de plus en plus rare par décès probablement, jusqu'à la période de un à deux ans où elle tombe à son minimum, pendant qu'au contraire la courbe des lésions légères, basse à l'entrée, s'élève et donne, à elle seule, l'augment constaté de un à deux ans dans la courbe de la totalité des lésés.

Nous sommes donc amené à déduire de l'examen de ces courbes :

1° qu'il entre à l'asile une forte proportion de malades lésés, mais surtout de tuberculeux classiques;

2° que ces tuberculeux classiques, certainement d'origine *extra-muros*, s'éliminent peu à peu jusqu'à la deuxième année d'internement;

3° que la petite quantité de malades lésés légèrement, pénétrant dans l'asile, augmente progressivement jusqu'à atteindre son maximum durant cette période.

De la deuxième à la cinquième année, nous assistons à la diminution constante des proportions des lésés en général et en particulier des lésions légères, pendant que la tuberculose classique augmente insensiblement de fréquence.

Avant la fin de cette cinquième année, les courbes se relèvent toutes et nous arrivons entre six et neuf ans à un second maximum, celui des lésés en général, la tuberculose classique et les lésions légères se partageant inégalement cette augmentation et la première l'emportant sur la seconde.

Survient une chute de dix à dix-neuf ans que provoque l'élimination des tuberculeux classiques qui atteignent leur minimum à cette époque, ils se relèvent ensuite insensiblement pendant que les lésions légères diminuent de fréquence probablement en guérissant ou devenant tuberculeuses classiques.

Au-dessus de trente ans, les diverses courbes sont moins élevées qu'à l'entrée.

L'examen du tableau ci-après, où les lésions sont classées d'après leur stade d'évolution, vient confirmer cet exposé en laissant saisir la transformation des tuberculeuses latentes et

prétubercules pulmonaires en tubercules classiques qui s'éliminent au fur et à mesure qu'elles évoluent et atteignent la période cachectique ou des cavernes, deux cycles se faisant suite.

TOTAL		Tuberculose latente	Prétuberculose	TOTAL lésés légèrement	Φ ¹	Φ ²	Φ ³	Divers Φ	TOTAL classique Φ
17	Moins d'un an.	7	3	10	3	1	2	1	7
43	De 1 à moins de 2 ans.	15	12	27	11	2	2	1	16
40	De 2 à moins de 3 ans.	9	12	21	5	7	2	5	19
28	De 3 à 5 ans inclus . .	6	5	11	10	4	0	3	17
90	De 6 à 9 ans inclus . .	22	16	38	38	7	4	3	52
75	De 10 à 19 ans inclus .	29	22	51	12	4	4	4	24
29	De 20 à 30 ans inclus .	10	7	17	5	6	0	1	12
6	De plus de 30 ans. . .	0	3	3	1	0	1	1	3
328		98	80	178	85	31	15	19	150

Ainsi donc les lésions, quelles qu'elles soient, se trouvant cependant plus fréquentes à l'entrée qu'après trente ans d'internement, l'on constate :

1° Pour les tuberculoses légères, deux maxima :

le premier de un à deux ans,

l'autre de dix à dix-neuf ans,

qui peuvent être considérés comme résultant de deux périodes de contamination à l'asile :

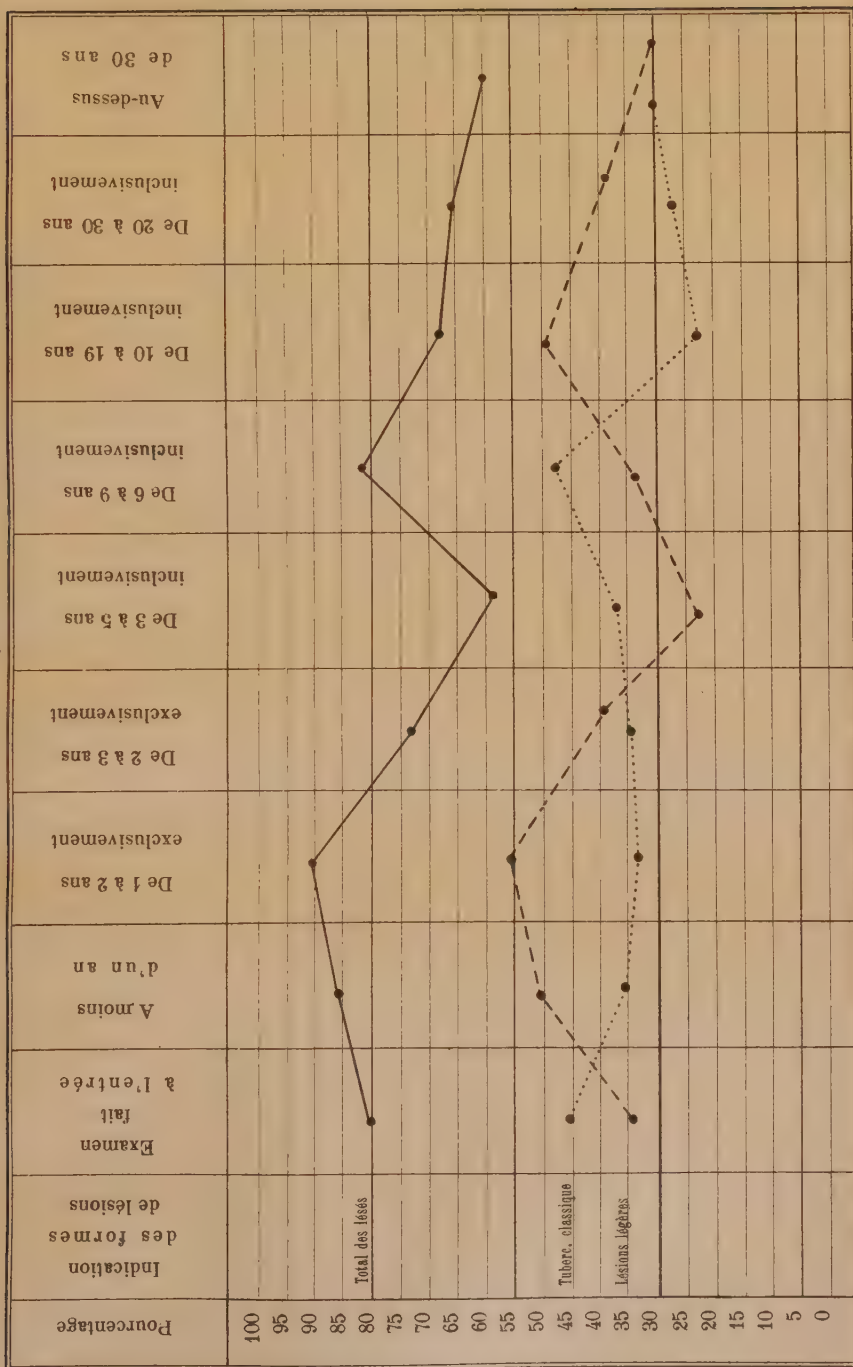
l'une suivant immédiatement l'internement des malades,

l'autre s'étendant de la cinquième à la dix-neuvième année de séjour.

2° Pour la tuberculose classique deux maxima aussi, mais le premier coïncidant avec l'entrée à l'asile et ne pouvant être imputé à l'établissement, tandis que le second, survenant de six à neuf ans, paraît être le résultat de la contagion subie pendant la période d'internement qui précède.

Affinité de la tuberculose pour les diverses psychopathies. Psychopathie facteur de tuberculose. — Pour rechercher si telle

COURBES



ou telle catégorie de malades était plus que toute autre la proie de la tuberculose, nous avons recherché d'abord l'état sanitaire des quartiers différents de l'asile, mais à ce point de vue il nous semble difficile de faire état des statistiques ci-après, étant donné le mouvement incessant qui se produit entre les divers quartiers, les malades passant successivement, suivant leur état mental ou physique, d'un quartier à l'autre, de celui des agités aux dangereux, aux gâteux ou aux calmes, à l'infirmerie et réciproquement, si bien que des malades que j'ai pris dans un quartier, au moment où débutaient mes recherches, se trouvaient à la fin dans un autre.

Nous indiquerons cependant le résultat de cette enquête, groupant ensemble les quartiers où l'état sanitaire au point de vue tuberculose est à peu près semblable, et nous en donnerons l'ensemble dans le tableau suivant :

	Lésions légères.	φ class.	Total lésés.
Quartiers d'observation et quartiers de surveillance : malades à leur entrée, malades surveillés pour leurs tendances préjudiciables à eux-mêmes, mé- lancoliques et déments précoces, auto-mutila- teurs.	35 0/0	52 0/0	87 0/0
Quartiers des chroniques ou aigus agités, semi-agi- tés ou dangereux.	35 »	38 »	73 »
Epileptiques affaiblis, idiots et imbéciles	53 »	25 »	78 »
Tranquilles et travailleurs de toutes catégories de psychoses.	44 »	18 »	62 »
Gâteux : paralytiques généraux, épileptiques, idiots et toutes démences.	39 »	45 »	84 »
Colonie agricole : chroniques et imbéciles, travail- leurs.	64 »	4 »	68 »
Pensionnats divers	37 »	15 »	52 »
Quartiers des tuberculeux isolés.	0 »	100 »	100 »
En totalité (moyennes)	38,3 »	37,1 »	75,5 »

Nos déductions se borneront à remarquer le meilleur état sanitaire du pensionnat, des quartiers de travailleurs et surtout de la colonie agricole, en général des quartiers où les conditions hygiéniques sont meilleures, en ce sens que les malades ont un peu plus de liberté de mouvement et jouissent plus faci-

lement du grand air, sont moins désordonnés ou plus tenus. L'état sanitaire des autres quartiers semble soumis à la population qui les habite.

Il était plus naturel de classer les malades suivant leurs affections mentales et de chercher ainsi à déterminer quelles sont les psychoses préférées comme proie par la tuberculose : tableau ci-après.

	Total indennes	Adénopathie trachéobr.	Prétuberculose pulmon	Total des lésions légères	Tuberculose classique				Total $\varnothing$ classique	Total lésés
					pulmonaires			diverses		
					♂ ¹	♀ ²	♀ ³			
Manie.	14	5	2	7	6	1	»	«	6	13
Démence maniaque	3	»	2	2	»	1	»	2	3	5
Mélancolie	0	7	15	22	7	5	4	1	17	39
Démence mélancolique . .	»	»	2	2	5	3	»	1	9	11
Double forme.	1	4	3	7	6	3	»	2	11	18
Démence deux formes . . .	»	»	4	4	1	1	2	»	4	8
Confusion mentale aiguë .	1	3	2	5	2	»	»	1	3	8
Confus. mentale chronique	»	»	3	3	1	1	1	1	4	7
Démence précoce	0	»	3	3	2	1	»	»	3	6
Dégénérés	5	3	0	3	2	»	»	»	2	5
Imbécillité	13	35	15	50	9	3	1	6	19	69
Idiotie.	0	4	2	6	1	1	1	1	4	10
Délire des dégénérés. . . .	13	5	6	11	9	1	2	»	12	23
Paranoïa	18	1	4	5	7	2	»	»	9	14
Démence paranoïaque . . .	6	4	2	6	6	»	1	»	7	13
Epilepsie	15	10	7	17	6	2	»	2	10	27
Démence épileptique. . . .	2	4	3	7	»	1	»	1	2	9
Paralysie générale progr. .	9	4	»	4	2	2	1	»	5	9
Démence P. G. P.	»	2	1	3	4	»	1	»	5	8
Délire alcoolique aigu . . .	5	2	1	3	1	1	»	»	2	5
Délire alcool. chronique. .	3	3	2	5	3	1	»	»	4	9
Délire alcool. dementiel . .	1	2	1	3	5	2	»	1	8	11
Démence sénile	3	0	»	»	»	»	1	»	1	1
Démence organ. ou autres.	5	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	117	98	80	178	85	31	15	19	150	328

Soit un total de $117 + 328 = 445$ malades examinés.

Par l'examen des malades existants et la comparaison du pourcentage des lésions affectant les entrants et les existants, nous tenterons de déterminer si la tuberculose éprouve une affinité particulière pour certaines psychopathies. Alors que par l'exa-

men des entrants nous avons recherché la tuberculose facteur d'aliénation, nous tenterons de décèler, ici, l'aliénation facteur de tuberculose.

Certaines formes de psychoses que nous n'avons pas eues à examiner à l'entrée échapperont à cette méthode. Pour elles, démences consécutives à la manie, à la mélancolie, au délire maniaco-dépressif, à la paralysie générale progressive, nous ne pourrons faire mieux que de les comparer aux états qui précèdent ces démences. Ainsi nous verrons que les déments maniaques sont lésés en moyenne 62,5 fois sur 100 contre les maniaques 48,1, que les déments mélancoliques sont lésés 100 fois sur 100 contre les mélancoliques 96,4, que les déments maniaco-dépressifs sont lésés 100 fois p. 100 alors que les maniaco-dépressifs n'atteignant pas encore la démence arrivent à 94,7 p. 100, que les déments paralytiques arrivent à une proportion de lésés de 100 p. 100 tandis que les paralysies générales au début n'atteignent que la moyenne de 50 lésés sur 100.

Si l'on examine les autres formes de démences, on se convaincra, comme ici, du fait que la démence attire la tuberculose puisque celle-ci se trouve moins fréquemment à la période de début des psychoses qu'à celle de démence.

Ainsi la démence épileptique compte 81,8 lésés sur 100 contre l'épilepsie 64,2 p. 100, la démence paranoïaque arrive à une proportion de 68,1 lésés sur 100 et la paranoïa seulement à 36,8 p. 100, la démence alcoolique atteint une moyenne de 91,6 lésés p. 100 contre le délire alcoolique chronique 75 p. 100 et le délire alcoolique aigu 50 p. 100. La démence en général est une proie facile pour la tuberculose, les différents auteurs l'ont dit avant moi. Pour établir dans quelles proportions le sont les autres formes de psychoses, il semblait logique de rapprocher les résultats des examens faits au cours du séjour, de ceux recueillis au moment de l'entrée à l'asile.

Nous trouvons là que les paralytiques généraux, après les démences énumérées plus haut, sont contaminés le plus facilement et après eux les épileptiques. Quant à la confusion chronique, la démence précoce, le délire maniaco-dépressif, l'idio-

tie, tous les malades sont atteints pendant le séjour comme nous les avons trouvés à l'entrée; la tuberculose paraîtrait plutôt être chez eux un facteur d'aliénation qu'un incident survenu à cause d'elle.

Dans d'autres psychoses par contre, nous trouvons, au contraire, une augmentation de lésés parmi les malades qui ont séjourné à l'asile.

Le délire alcoolique fournit un exemple très net dans ses formes chroniques et démentiellles.

De même la paranioa.

La mélancolie en est un autre; bien que nous ayons déjà observé à l'entrée que cette forme de psychose paraissait fortement influencée par la tuberculose, nous avons cependant trouvé un cas, un seul cas, il est vrai, de mélancolique indemne de toutes lésions. Au cours du séjour, ce cas a disparu et nous en pouvons conclure que si la tuberculose semble être un facteur de la mélancolie, en général tous les mélancoliques, même ceux qui, rares, n'étaient pas tuberculeux à l'entrée, le deviennent au cours de leur internement.

Par contre, quelques psychopathies présentent moins de malades lésés quand on les examine après un séjour variable, que lorsqu'on le fait à l'entrée: ainsi le délire alcoolique aigu fourni 60 lésés à l'entrée p. 100, il n'en reste que 50 p. 100 dans la suite. La manie se range dans la même catégorie; ce fait est encore très net pour la confusion mentale aiguë et pour les dégénérés en général, les dégénérés délirants et les imbéciles. Dans ces cas, la tuberculose classique semble garder des proportions à peu près équivalentes. Ce sont les lésions légères surtout qui régissent.

En résumé :

1° L'aliénation facteur de tuberculose semble devoir englober, en premier lieu, toutes les formes de démence et particulièrement la démence alcoolique; viennent ensuite, par ordre décroissant, la mélancolie, le délire alcoolique chronique, la paralysie générale, l'épilepsie;

2° La confusion mentale chronique, la démence précoce, le

délire maniaco-dépressif, l'idiotie semblent devoir rester en dehors de ce cadre, leurs malades étant tuberculisés avant l'internement ;

3° Enfin le délire alcoolique aigu, la confusion mentale aiguë, la manie, les dégénérants, les dégénérés délirants, les imbéciles semblent trouver, au contraire, à l'asile un terrain de réfection physique, leurs lésions, quand elles ne sont pas trop graves, tendant à régresser pendant la période d'internement. Il est à remarquer, je crois, que ce sont précisément parmi ces dernières psychopathies que se recrutent les guérisons et tout au moins les sorties.

4° *Influence des antécédents tuberculeux et alcooliques sur le développement de la tuberculose. Résultats comparés chez les entrants et les existants.* — De même que pour l'examen d'entrée, nous avons recherché ici les antécédents tuberculeux et alcooliques héréditaires ou personnels, pensant qu'on pourrait y trouver, là comme dans les conditions matérielles du milieu asile, une circonstance favorisant et le développement de la tuberculose et la contagion que nous venons de constater. Rappelons que l'examen d'entrée nous avait donné des antécédents alcooliques dans

une moyenne de 36 p. 100 chez les lésés,

contre 25 p. 100 chez les indemnes,

à comparer avec les actuelles

proportions chez les existants : 52,1 p. 100 chez les lésés,

contre 26 p. 100 chez les indemnes.

soit 171 sur 328 lésés et 31 sur 117 indemnes.

La seule comparaison suffit à nous faire admettre, comme nous l'avions fait déjà à l'occasion de l'examen d'entrée, que l'alcoolisme exerce une influence néfaste sur les individus et prépare le terrain à la tuberculose. L'invasion peut précéder ou suivre l'aliénation. Il en est de même pour l'hérédité tuberculeuse qui surpasse encore l'alcool dans cette voie, c'est ce qui découle de la comparaison des moyennes en question avec celles des antécédents tuberculeux constatés parmi les malades tant à leur entrée que pendant leur séjour à l'asile. En effet, à l'entrée, nous constatons des antécédents tuberculeux :

22,9 fois sur 100 lésés,
et seulement 5,5 fois sur 100 indemnes ;
Au cours du séjour nous les trouvons :
34,7 fois sur 100 lésés,
contre 9,7 fois sur 100 indemnes ;
(soit 114 sur 328 lésés et 11 sur 117 indemnes).

Nous noterons enfin, comme digne d'être signalé, que cette hérédité affecte surtout :

l'idiotie où nous la constatons :
6 fois sur 10, soit une moyenne de 60 p. 100
l'épilepsie 22 fois sur 43, soit 51,1 p. 100
l'imbécillité 38 fois sur 82, soit 46,3 p. 100
la mélancolie 16 fois sur 40, soit 40 p. 100

5° *Aliénés délinquants.* — Nous avons trouvé intéressant de relever au cours de nos travaux dans quelles proportions la tuberculose se rencontrait parmi les aliénés-délinquants. Les

Aliénés délinquants.

	LÉSÉS				INDEMNES	TOTAL examiné
	TUBERCULOSE					
	latente	prétub.	class.	Total lésés		
<i>I. Examen à l'entrée.</i>						
Vol.	2	2	2	6	4	10
Viol.	»	»	1	1	0	1
Incendie	»	»	1	1	0	1
Meurtre ou tentative de meurtre. . .	1	4	3	8	5	13
TOTAUX.	3	6	7	16	9	25
<i>II. Examen au cours du séjour.</i>						
Vol.	6	4	3	13	3	16
Viol.	»	»	»	0	0	0
Incendie	1	»	2	3	0	3
Meurtre ou tentative de meurtre. . .	2	7	6	14	10	24
TOTAUX.	9	11	11	30	13	43

tuberculeux souvent égoïstes, amoraux, agressifs, impulsifs peu-

vent devenir des criminels, et Morselli nous donne comme exemple probable la famille des Médicis et Charles IX, scrofuleux ou tuberculeux et criminels. appuyant ses dires d'une observation de tuberculeux délinquant et nous expliquant ces cas par une intoxication comparable à celle de l'alcool ne différant avec elle que par la cause, mais non dans l'effet.

On constate que, parmi les délinquants examinés à l'entrée, 16 sur 25 présentent des lésions d'origine tuberculeuse, soit 64 p. 100; 7 sur 25 présentent des lésions de tuberculose classique, soit 28 p. 100; 3 de tuberculose latente, soit 12 p. 100; 6 de prétuberculose, soit 24 p. 100.

Si l'on prend isolément les différentes formes de délits révélés, on trouve que, parmi les voleurs, il s'en trouve 60 p. 100 de lésés, dont 20 p. 100 de tuberculose classique. Parmi les coupables de viol ou d'incendie, nous ne trouvons que deux tuberculeux classiques; parmi les meurtriers, 61,5 p. 100 sont lésés, dont 23 p. 100 de tuberculose classique, 30,7 p. 100 de prétuberculose, 7,6 p. 100 de tuberculose latente.

L'examen des aliénés délinquants à l'entrée nous indique donc qu'une certaine portion des délinquants aliénés sont grevés de lésions d'origine tuberculeuse, ce qui vient confirmer l'opinion de Morselli et nous inviter fortement à tenir compte de leurs lésions bacillaires; mais il faudrait, je pense, pour établir une règle à ce point de vue, faire un examen semblable des délinquants dits responsables et en rapprocher les résultats de ceux que nous venons d'indiquer.

L'examen au cours du séjour nous montre que les délinquants aliénés n'échappent pas à la contagion, 69,7 p. 100 au lieu de 64 p. 100 sont lésés.

CONCLUSIONS

Pour terminer notre travail, nous rappellerons les conclusions que, dans son cours, nous avons cru pouvoir formuler.

Dans la première partie, examinant si les aliénés entrent déjà tuberculeux et les trouvant, en effet, dans des proportions considérables, nous avons recherché si cet apport ne pouvait trouver une explication dans les rapports de l'antécédence alcoolique et tuberculeuse avec la tuberculose d'abord, avec l'aliénation ensuite, enfin dans ceux de la tuberculose à ses divers stades (tuberculose latente, prétuberculose et tuberculose classique) avec l'aliénation. Il était tout indiqué, à ce propos, de rechercher si telle ou telle psychose en particulier ne devait pas sa pathogénie à la tuberculose, si, tout au moins, celle-ci n'était pas parmi les causes possibles.

Dans la deuxième partie, nous avons recherché si la tuberculose éclate dans les premiers mois de séjour, si les anciens pensionnaires sont atteints de préférence, à quelle période enfin de l'internement se produit surtout la contagion bacillaire; si certaines catégories de malades et certains quartiers sont plus facilement la proie du bacille de Koch, si certaines formes d'aliénation mentale prédisposent à la tuberculose, nous avons recherché ici, à nouveau, si l'alcoolisme et l'hérédité tuberculeuse jouaient dans le développement de la tuberculose à l'asile le même rôle favorisant qu'avant l'internement et nous avons cru pouvoir conclure que :

1° Les tuberculeux entrent à l'asile dans des proportions considérables. Il faut compter environ $\frac{4}{5}$ de malades lésés. En précisant, la moitié des entrants sont des tuberculeux classiques,

un autre quart est atteint de prétuberculose pulmonaire, guérissable en partie, mais dont l'évolution peut être considérée comme probable si des soins spéciaux n'interviennent pas; un dixième enfin est très légèrement atteint de tuberculose latente, à sa période ganglionnaire, et peut échapper à l'évolution bacillaire par la seule défense de l'organisme, une hygiène suffisante pourrait assurer sa guérison.

2° Les antécédents personnels ou héréditaires alcooliques semblent avoir sur le développement de la tuberculose une influence importante, tout au moins les trouve-t-on beaucoup plus fréquemment chez les entrants lésés que chez les indemnes, et, si l'on ne voit pas là une relation de cause à effet, tout au moins faut-il remarquer cette coïncidence fréquente de la tuberculose avec l'alcoolisme.

Comparativement les hérédotuberculeux sont cependant plus souvent atteints encore et l'affinité de la tuberculose pour eux reste plus grande que pour les sujets grevés d'alcoolisme personnel ou héréditaire.

3° Sur l'aliénation mentale, l'hérédité tuberculeuse, très marquée cependant, ne paraît pas exercer une influence aussi grande que l'alcool; elle n'atteint pas à la moitié de ses proportions, et l'alcoolisme lui-même est doublé à ce point de vue par la tuberculose en général: tuberculose latente, prétuberculose, tuberculose classique. La tuberculose classique, à elle seule, plus fréquente, semble avoir, comparativement à l'alcoolisme, un rôle prépondérant sur le développement de l'aliénation, si l'on en juge par la coexistence plus fréquente.

4° Si de la fréquence de la coïncidence à l'entrée des lésions tuberculeuses avec l'aliénation on peut induire une influence de celles-là sur celle-ci, nous dirons que l'idiotie, la confusion mentale chronique, la démence précoce, le délire maniaco-dépressif sont vraisemblablement sous la dépendance la plus intime de la tuberculose au point de vue de leur pathogénie, attendu que la proportion des lésions est pour chacune de ces formes de 100 p. 100.

Nous pourrions en dire autant de l'imbécillité et de la confu-

sion aiguë, si l'examen des existants ne nous avait donné des exceptions. Aussitôt après vient la mélancolie, chez qui la moyenne des lésés est de 96,4 p. 100, puis par ordre d'importance décroissante :

- la dégénérescence avec 90,9 lésés p. 100 ;
- le délire des dégénérés avec 88,8 lésés p. 100 ;
- la paralysie générale avec 72,7 lésés p. 100 ;
- la démence en général avec 70 lésés p. 100 ;
- la folie alcoolique chronique avec 71,3 lésés p. 100 ;
- la folie alcoolique aiguë avec 60 lésés p. 100 ;
- la manie avec 60 lésés p. 100 ;
- l'épilepsie avec 50 lésés p. 100 ;
- la paranoïa avec 37,5 lésés p. 100.

5° Passant à la seconde partie, l'examen des malades au cours de leur séjour, nous avons constaté que si les lésés en général et les tuberculeux classiques en particulier entrent à l'asile en proportion considérable, la contagion dans l'établissement est fort importante aussi.

Les plus anciens pensionnaires ne sont pas cependant les plus souvent atteints. Parmi les aliénés qui dépassent trente ans d'internement (ils sont rares, du reste), la proportion des lésés et des tuberculeux classiques n'arrive pas au taux de l'entrée.

La contagion à l'asile, bien accusée par notre graphique et surtout par la courbe affectée aux lésions légères marquant le début de la bacillose, se produit au cours de deux périodes dont la première, la plus fertile, s'étend depuis le début de l'internement jusqu'à la deuxième année, laps de temps où se fait l'élimination des tuberculeux d'entrée, période de contagion très vraisemblablement provoquée par ces derniers. La seconde période coïncide en partie avec l'évolution de ces derniers contaminés de l'asile et débute entre la troisième et la cinquième année, pour s'étendre jusqu'à la vingtième ; comme on s'en rend facilement compte par l'examen de la courbe, elle est moins fertile, n'atteint jamais le taux de la période initiale, quoique englobant un nombre d'années beaucoup plus grand. Après vingt

ans, la courbe diminue, indiquant qu'après cette époque les vieux pensionnaires, probablement adaptés au milieu, sont moins facilement contaminés.

Pratiquement, nous croyons pouvoir induire de ces faits que la recherche à l'entrée de la tuberculose à son début comme à sa période d'évolution classique est capitale, tant au point de vue de la guérison possible de certaines psychoses qu'à celui de la lutte contre la contagion tuberculeuse. Grâce à cette recherche et à la sélection qui suivra, isolement des tuberculoses contagieuses, examen fréquent et traitement des tuberculoses légères, leur isolement dès qu'elles s'ouvrent, on peut espérer que la plupart des entrants indemnes, à l'heure actuelle, souvent en contact avec des tuberculoses ouvertes ignorées, échapperont désormais à leur influence néfaste, réduisant ainsi très fortement, si ce n'est à néant, la contagion de la période initiale si importante.

Par ce fait même, la seconde période de contamination, que nous voyons coïncider avec l'évolution des tuberculoses contractées au début du séjour à l'asile, sera vraisemblablement entravée, n'aura plus sa raison d'être, ces tuberculoses n'existant pas, et sera tout au moins très réduite si l'on veut admettre quelques erreurs très possibles de diagnostic.

6° En dehors de la confusion mentale chronique, de la démence précoce, du délire maniaco-dépressif, de l'idiotie et peut-être aussi de la mélancolie chez lesquels la tuberculose est généralement antécédente ou coïncidente à l'aliénation, les psychopathies qui semblent le plus prédisposer à la contagion tuberculeuse sont, en premier lieu, toutes les démences et particulièrement la démence d'origine alcoolique; viennent ensuite le délire alcoolique chronique, la paralysie générale et l'épilepsie. Le séjour à l'asile serait bien moins préjudiciable à quelques autres formes, répétons encore que ce sont précisément ces psychopathies qui fournissent la généralité des sorties, des guérisons, des améliorations; le délire alcoolique aigu, la confusion mentale aiguë, les lacunaires, les dégénérés délirants, les imbéciles, chez qui la proportion de lésés, élevée à l'entrée, régresse, au contraire, pendant le séjour d'asile.

7° A l'occasion de l'examen au cours du séjour comme à celui d'entrée, nous nous sommes convaincu de l'importance considérable du rôle joué par l'alcool et par l'hérédité bacillaire sur le développement de la tuberculose. Mais ici comme là, l'alcool cède cependant le pas à l'hérédité bacillaire, c'est elle qui fournit encore le plus de contaminés.

Pour traiter le sujet de cette thèse dans toute son étendue, il nous aurait fallu aborder encore le chapitre prophylaxie et traitement; mais, pour ce faire, nous aurions été entraîné, vu l'importance de cette question, à donner à notre thèse des proportions qui nous ont effrayé et nous ont fait y renoncer, malgré l'intérêt qu'elle présente.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
D^r RÉGIS.

VU : *Le Doyen,*
A. PITRES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 11 décembre 1907.
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur,
Le doyen délégué,
A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALLEN (G.). — La phtisie chez les aliénés. *State's hospitals Bulletin*, avril 1896.
- ALEXANDRE. — Tubercule solitaire de la région rolandique gauche. *Rev. acad. med.* Roma, nov. 1903. *Rev. neurologique*, avril 1904.
- ANGLADE. — Tuberculose et système nerveux. C. R. Soc. méd. Toulouse, nov. 1900.
- Propagation de la tub. par les selles. *Annales médic. psychol.*, janv., fév. 1902.
- La névroglie dans l'épilepsie. C. R. Soc. neurolog., 1902.
- Rapport médical, 1903.
- ANGLADE et CHOCREAUX. — La névroglie dans la paralysie générale. C. R. Soc. neur., juil. 1901.
- ANGLADE et JACQUIN. — Tuberculose et arriération mentale. C. R. du congrès de la tub. Paris, 1903.
- ARNOULD. — Nouveaux éléments d'hygiène, 4^e éd., 1902.
- ARTHAUD. — Névrite et polynévrite. Soc. de biologie, avril 1887.
- BAILLARGER. — Recherches sur les maladies mentales. Paris, 1890.
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1890.
- BALLARD. — Comment meurent les épileptiques. Th. Paris, 1898.
- BARIÉ. — Les fausses cardiaques. *Semaine médicale*, fév. 1903.
- BAROT. — Ac. de méd., déc. 1906.
- BALLET. — Traité de pathol. mentale. Paris, 1903.
- BASKIN. — Treatment of phtisis in Asylums. *J. of med. Sc.* Londres. 1903.
- BAVINCK. — De sterfle an tuberculose in Nederland (1891-1893). Kampen, 1897.

- BÉRAUD. — Essai sur la psychologie des tuberculeux, 1902.
- BERGONIER. — La mélancolie considérée comme cause de la tuberculose. Paris, 1871.
- BINSWANGER. — Therapie of Nothnagel.
- BONDURANT. — La tuberculose dans la folie. Toulouse, 1903.
- BOUCHER. — Insensibilité pharyngienne chez les tuberculeux. Soc. biologie, 1887.
- BOUCHARD et ROGER. — Pathogénie générale, IV, 1896.
- BOUR. — Paralyse générale et tuberculose. Thèse Paris, 1903.
- BRIAND. — Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les Asiles d'aliénés. *Ann. méd. psych.*, janv.-fév. 1906.
- BRISSAUD. — Paralyse toxique, 1886.
- BRISSAUD et SOUQUES. — Maladies du cerveau. In *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, IX, 1904.
- BROUARDEL. — La lutte contre la tuberculose à Paris, 1901. C. R. Acad. de méd., nov. 1904.
- BURROW et ELLIS. — Commentaries of insanity.
- CABANIS. — Rapports du physique et du moral.
- CALMEIL. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.
- CARRIÈRE. — Thèse de Bordeaux, 1894.
- *Gazette des Hôpitaux*, 1901.
- *Revue neurologique*, 1902.
- CELLERIER. — Tuberculose dans l'étude de la sciatique. Thèse de Lyon, 1904.
- CHARCOT. — Maladies des vieillards. Œuvres complètes.
- CHARDON et RAVIART. — Installation d'un pavillon d'isolement à l'asile d'Armentières. *Arch. neurol.*, 2^e série, 1903.
- CHARPENTIER. — Les intoxications et la paralysie générale. *Annal. méd. psych.*, 1890.
- CHARTIER. — La phthisie dans ses rapports avec les psychoses. Thèse Paris, 1899.
- CLAUDE. — Evolution scléreuse du tuberculome. Cong. intern. de la tuberculose. Paris, 1905.
- La tuberculose chez les épileptiques hospitalisés. C. R. Cong. Lille, 1906.

CLARK. — Three cases of phthisical insanity. *J. of ment. science*, 1883.

CLOUSTON. — La tub. et l'alién. mentale. *Ann. méd. psych.*, mai 1864.

— Mental diseases, 5^e éd. Londres, 1898.

COLÉLIA. — Sur les altérations histologiques de l'écorce cérébrale.

Ac. Sc., 1893.

CORNÉLIUS. — Inaugural Dissert. Berlin, 1888.

CORNET. — *Zeitsch. f. Hygiene*, 1888.

COURTOIS-SUFFIT et MATHIEU. — Entérite tuberculeuse, in *Traité Bouchard*, 1892.

CROOKSHANK. — Phthisis pulmonalis in Asylums. *J. of ment. sc.*, oct. 1899.

CULLERRE. — *Traité des mal. ment.*, 1890.

— Contributions à l'étude de la tuberc. chez les aliénés. Paris, 1876.

DAGONET. — *Traité des mal. ment.* Paris, 1894.

DESTRÉE et GALLEMAERS. — La tuberc. en Belgique.

DRAPES. — Phthisis and unsanity. *Journ. of ment. science*, oct. 1901.

DUBREUILH. — Névrite périph. généralisée chez un tuberculeux alcoolique. *Gaz. hebdom. des sc. médic.*, Bordeaux, 1889.

DELILLE (Ar.). — De l'action sur les centres nerveux des poisons du bacille tuberc. humain. *Rev. de la tuberculose*, n. 4, 1903.

D'ESPIRE et PICOT. — *Manuel* de 1889.

DIEULAFOY. — *Manuel de path. interne*, III.

DUCLAUX. — *Hygiène sociale*. Paris, 1902.

DUFOUR. — De l'encombrement des asiles d'aliénés. Paris, 1870.

DUPRÉ. — L'euphorie délirante des phthisiques. C. de Paris, 1904.
C. R. *Arch. neurol.*, sept. 1904.

DUPRÉ et CAMUS. — Un cas d'hétéropie médullaire, l'*Encéphale*, oct. 1906.

EISENLOHR. — *Neurologische Centralblatt*, 1884.

ESQUIROL. — Lettre au ministre de l'intérieur, sept. 1818.

— Des maladies mentales, 1838.

FABER KNUD. — *Deutsche Med. Zeitung*, 1906.

FALRET (J.-P.). — Recherches sur la folie paralytique. Thèse de Paris, 1859.

— Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Paris, 1890.

- FANEAU DE LA COUR. — Féminisme et infantilisme chez les tuberculeux. Th. Paris, 1871.
- FISCHER. — Path. anatomische. Befunde in Leichen von Geisteskranken.
- FOURNIER. — Leçons cliniques sur la syphilis, 1890.
- FRANCE. — Tuberculose chez les aliénés. *J. of ment. science*, oct. 1897.
- FRANCOTTE. — Contribution à l'étude de la névrite multiple. *Rev. de méd.*, 1886.
- GARCIE. — La tuberculose du système nerveux. Toulouse, 1900.
- GEIST. — Tuberculose und Irrenanstalten. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, juin 1904.
- GEORGET. — De la folie, 1820.
- GILLES DE LA TOURÈTTE. — *In Tr. de méd.* Brouardel et Gilbert, 1902.
- GRANCHER. — Tuberculose *in Tr. de méd.* Brouardel et Gilbert, 1896.
Rapport sur la prophylaxie de la tuberculose, communiqué à l'Acad. méd., 1898; Congrès de 1905; Acad. méd., 1906.
- GRASSET. — Traité des mal. du syst. nerv., 1897.
- GREENE. — Notes sur la tub. dans les asiles. *Journ. of mental science*, janv. 1906.
- GROSSET. — Eréthisme cardiaque au cours de la tuberc. pulmonaire. Th. Paris, 1904.
- GRYZEZ et JOB. — Diagn. précoce de la tuberc. par le séro-diagnostic. *Rev. méd.*, sept. 1906.
- HAGEN. — Lungenschwindsucht und psychische Krankheiten. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, B. 7.
- HARRIGTON. — Séparation des tuberculeux dans les asiles. *Amer. J. of insanity*, juillet 1900.
- HAVILAND. — Tuberculose chez les aliénés. *Ann. méd. psych. américaines*, 1905.
- HAWTHORN. — Séro-réaction tuberculeuse; sa valeur pour le diagnostic précoce. *Journ. de physiol. et de pathol. génér.*, 1903.
- HOLT. — The disease of insanity of Childhood, 1897.
- HRDLICKA. — Contrib. à l'étiol. et pathogénie des mal. mentales. *Journ. of insan.*, 1895 et 96.
- IRELAND. — The mental affections of children : idiocy, imbecillity and insanity, 1899.

- JOFFROY. — Névrites parenchymateuses. *Arch. de physiologie*, 1879.
- JAPPA. — Relations of peripheric nerves to phthisis. Phthisis complicated with paralysis of extremities, 1888-1889.
- KERLIN. — Cité dans Ireland, 1899.
- KLIPEL. — Des infections secondaires dans les maladies mentales. *Ann. méd. psych.*, déc. 1819.
- Paralyse générale et tuberculose. *Ann. de psych. et d'hypn.*, juillet 1891 et *Revue neurol.*, avril 1903.
- KLIPEL et BOÉTEAU. — Des troubles de la respiration. C. R. Soc. de biologie, fév. 1892.
- KÖENING. — *Allg. Zeit. für Psych.*, 1906.
- KRAFT-EBING. — Tr. clin. de psych., 5^e édit., 1897.
- KRÉPELIN. — Psychiatrie, 7^e édit. Leipzig, 1903.
- *Psychiatrische Klinik*. Leipzig, 1905.
- KRONTHAL. — Sur plusieurs cas d'hétéropie médullaire. *Neurol. Centralbl.*, déc. 1892.
- LA BONNARDIÈRE. — Contr. à l'étude des rapports de l'aliénat. ment. avec la tuberc., juin 1898.
- LANDOUZY. — *Gaz. des hôpitaux*, 1883.
- La lutte contre la tuber. Conf. de Lille, 1902.
- LANDOUZY et MOSNY. — La tuberc. maladie populaire. X^e Cong. d'hygiène et de démographie. Naples, 1900.
- LANDRET. — Excitation génitale chez les tuberculeux.
- LEBORGNE. — *Presse médic.*, fév. 1907.
- LEIDESDORF. — Pathologie und therapie der psychischen Kranken. Erlangen, 1860.
- LEUDET. — Zona et troubles périphér. dans la tuberculose pulm. *Gaz. hebdom.*, 1878.
- LEYDEN. — *Zeit. für Klin. mediz.*, 1880-1881.
- LHOTE. — Etiologie de l'épilepsie dite essentielle. Th. de Lyon, 1900.
- LOMBROSO. — Su alcuni casi di mania tistica, *Gaz. med. italien*. Padoue, 1867.
- LUIGI-SCABIA. — *Ann. di frenata*, IX, 1899.
- LUNZ. — *Arch. für Psych. und Nerven.*, 1882.
- MAC-CULLUM. — Isolement des tuberculeux dans des pavillons spéciaux. *Amer. J. of insan.*, oct. 1902.

- MALMÉJAC. — Congrès de la tuberculose, 1903.
- MAUDSLEY. — Physiologie de l'esprit (trad. Herzen), 1879.
— Pathologie de l'esprit (trad. Doumic), 1883.
- MARAGLIANO. — Le diagnosi precoce del infezione tuberculare. *Cron. di clin. med.* Gênes, 1903.
- MARCÉ. — Traité therap. des mal. ment., 1862.
— *Archives de medec.*, juil. 1853.
- MARIE (A.). — Assistance des aliénés en Ecosse. Paris, 1892. De l'isolement des tuberculeux dans les asiles d'aliénés, XIII^e C. de méd., août 1903. La tuberc. dans les asiles. *Rev. de psychiatrie*, sept. 1903. *Revue philanthropique*, juill. 1906.
- MASBRENIER. — Hospitalisation des tuberculeux à l'asile spécial de Londres. *Rev. med.*, juil. 1898.
- MAUSSIRE. — De la nécessité d'isoler les aliénés tuberculeux. Th. de Lyon, 1902.
- MENZIES. — La tuberculose dans les asiles. *J. of med. sc.*, juil. 1903.
- MERKLIN. — L'encombrement dans les asiles. *Allg. Z. f. psych.*, III.
- MOELLER. — L'hospitalisation des tuberculeux. C. R. Acad. de méd. de Belgique, 1894.
- MOREAU. — Des rapports de la phthisie pulmonaire avec l'aliénation mentale au point de vue de l'étiologie. *An. méd.* Paris, 1887.
- MOREL. — Traité théorique et pratique des maladies mentales, 1860.
- MORSELLI. — Maladies mentales. Milan, 1898.
— La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales et nerveuses. Gênes, 1903.
- MULLER. — *Arch. fur psych. und Nerv.*, 1883.
- MINKOWSKY. — Beitrag. zur Path. der multip. neuritis., 1888.
- NEFF. — La tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose chez les aliénés. *Amer. J. of insanity*, janv. 1899.
- NITSCHAY. — Etude de la respiration à l'état pathologique. *Messag. de psychiat.*, Pétersbourg, 1890.
- OPPENHEIM. — *Arch. f. psy. und Nerv.*, 1886-1891.
- OSWALD. — Die tuberculose in den Irrenanstalten. *Allg. Z. f. psych.*
- PACHON. — Recherches sur la respiration dans les maladie mentales. C. R. S. biol., mars 1892.
- PANDY-CADMAN. — Rapp. sur les asiles d'Autriche-Hongrie pour 1906.

- PARKER. — Rapp. sur l'asile de Gartloch, 1904-1905.
- PASQUIER (du). — Troubles gastriques dans la tuberculose pulmonaire. Th. de Paris, 1903.
- PEETERS. — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. Anvers, 1900.
Cong. intern. d'assistance aux aliénés. C. R., 1902. Gheel et le patronage familial. *Bull. Soc. méd. ment. de Belg.*, 1880.
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie, 1901.
— La lutte anti-tuberculeuse à Bordeaux et dans la région, 1906.
- PITRES et VAILLARD. — Des névrites périphér. chez les tuberc. *Rev. méd.*, 1886.
- PLATEY. — *Journ. des praticiens*, nov. 1901.
- PROUST. — Traité d'hygiène, 3^e éd., 1902.
- RAYMOND. — Rapp. à l'Ac. méd., mars 1903.
- RAYMOND et SÉRIEUX. — Art. *Paralytie générale* in Traité de méd. Brouardel et Gilbert, IX.
- RAYNAUD. — La gangrène pulmonaire chez les aliénés. Paris, 1880.
- RÉGIS. — Précis de psychiatrie. Paris, 1906.
- RENDU. — Th. d'agrégation, 1875.
- ROBIN. — Le terrain du tuberculeux et son amendement. C. tuberculose. Paris, 1905.
- RÖBBLEN. — Manie in letzten stadium der Lungenschwindsucht. *Deutsche Klin.* Berlin, 1863.
- ROLET. — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. Thèse de Paris, 1906.
- RONCALI. — Transformation fibreuse des tuberculomes du cerveau. Art. *Parasit.*, mai 1903.
- ROSS. — *British med. Journal*, 1887.
- ROY. — De l'hypocondrie. C. R. Cong. Rennes, 1905.
- SCHMIDT. — *Viener Klin. Wochenschrift*, 1889.
- SÉRIEUX. — Rapp. sur les asiles allemands.
- SIGAUX. — *Lyon médical*, 1887.
- SNELL. — Lungenschwindsucht bei Geister-kranken. *Allg. Z. f. Psych.* B. 48.
- SOLLES. — C. R. Cong. de la Tuberculose, 1891.
- STRAUSS. — Art. *Tuberculose*, in Traité de thérapeutique de A. Robin, VIII, 1895.

- STRÜMPPELL. — *Arch. f. Psych. und nerv.*, 1883.
- TANZI. — Tr. des mal. mentales, 1905.
- TATY. — Encéphalo-méningite tuberc. *Lyon médic.*, 1903.
- TOMLINSON. — La folie et la phtisie, 1895.
- TOPORKOFF. — Rapp. à la Soc. psychiatrique de Pétersbourg et au Cong. de Pirogoff (1904-1905).
- TOULOUSE. — La dynamométrie chez les aliénés. C. R. Soc. biologie, juin 1893.
- TOULOUSE et ROUBINOVITCH. — Mélancolie. Paris, 1897.
- VAISSADE. — *Jour. des praticiens*, 1903.
- VALLÉ. — Cong. de la tuberculose, 1905.
- VALLON et MARIE. — Le délire mélancolique, *Archiv. neurologie*, 1898.
- VENN. — Inaugural dissert. Berlin, 1889.
- VIERORDT. — *Arch. f. Psyc. und nerv.*, 1883.
- VIGOUROUX et DELMAS. — Psychopolynévrite et tuberculose miliaire. Soc. anatomie, 1906.
- VOISIN. — Altération des cellules cérébrales dans la folie vésanique et la paralysie générale. C. R. Cong. Bordeaux, 1896.
- WARNOCK. — Rapp. sur l'asile égyptien du Caire, 1906.
- WEIGGANT. — Rapp. entre la tuberculose et les troubles mentaux. *Aertzliche sachvertæncligen Zeitung*, 1904.
- WHITE. — Tuberculosis among the insane. *Medic. and Surg. monitor*. Indianapolis, 1903.
- WORKMANN. — On latent phthisis in the insane. *Amer. J. of insanity*, juill. 1862. Analyse in *Ann. med. psych.*, 1864.
- WULFF. — Remarque sur l'existence de la tuberculose dans les asiles d'idiots. *Arch. neurologie*, avril 1894.

